FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1895-96 N° 64

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

THÉRAPEUTIQUE DES ABCÈS DE FIXATION

Dans les infections pyogènes généralisées

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20 MARS 1896.

PAR

Albert-Ludovic-Prosper-Edouard JACQUES

Interne des Hôpitaux.

Né à Fouras (Charente-Inférieure), le 26 Février 1868.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. MOUSSOUS, professeur, *président*
FERRÉ.
CHAMBRELENT. } *Juges*
VILLAR.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE GAGNEBIN
72, Rue du Pas-Saint-Georges, 72

FACULTÉ DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1895-96 N° 64

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

THÉRAPEUTIQUE DES ABCÈS DE FIXATION

Dans les infections pyogènes généralisées

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20 MARS 1896.

PAR

Albert-Ludovic-Prosper-Edouard JACQUES

Interne des Hôpitaux.

Né à Fouras (Charente-Inférieure), le 26 Février 1868.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. MOUSSOUS, professeur, *président*
FERRÉ.
CHAMBRELENT. } *Juges*
VILLAR.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

BORDEAUX
IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE GAGNEBIN
72, Rue du Pas-Saint-Georges, 72

FACULTÉ DE MÉDECINE & DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICÉ..... } Professeurs honoraires.
AZAM ..... }

Clinique interne.....	MM. PICOT.
	PICRES.
Clinique externe.....	DEMONS.
	LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie et thérapeutique générales.....	VERGELY.
Thérapeutique.....	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique d'accouchements	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique.....	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Anatomie générale et histologie.....	VIAULT.
Physiologie	JOLYEL.
Hygiène.....	LAYET.
Médecine légale.....	MORACHE.
Physique.....	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale.....	DE NABIAS.
Medecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	BADAL.
Clinique des maladies chirurgicales des enfants.....	PIÉCHAUD.
Clinique Gynécologique.....	BOURSIER.

AGRÈGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MESNARD.
	CASSAET.
	AUCHÉ.
	SABRAZÈS.
	LE DANTEC.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe.....	VILLAR.
	BINAUD.
	BRAQUEHAYE.
Accouchements.....	RIVIÈRE.
	CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie..... MM. PRINCETEAU. CANNIEU.

Histoire naturelle. M. BEILLE.
Physiologie. M. PACHON.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique.....	SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGÈS.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLEMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. A. MOUSSOUS	Pathologie externe.....	MM. DENUCÉ.
Clin. des malad. cutan. et syphil...	DUBREUILH.	Accouchements.....	RIVIÈRE.
Clin. des malad. des voies urin....	POUSSON.	Chimie.....	DENIGÈS.
Mal. du larynx, des oreilles et du nez	MOURE.		
Maladies mentales	REGIS.		

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Docteur CHAMBRELENT

Professeur agrégé d'Accouchement à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

A mon Président de Thèse,

MONSIEUR LE DOCTEUR MOUSSOUS

Professeur de Clinique obstetricale à la Faculté de Médecine de Bordeaux

Chevalier de la Légion d'honneur.

C'est d'ordinaire une douce satisfaction que d'arriver au but qu'on s'est proposé. La mienne serait complète s'il ne s'y mêlait le regret de quitter mes camarades d'Internat. Qu'il me soit permis de leur renouveler ici toute notre amitié, j'espère qu'ils voudront bien me continuer la leur.

Arrivé au terme de nos études médicales, nous ne saurions quitter la faculté et les hôpitaux de Bordeaux sans profiter de l'occasion, qui s'offre à nous, d'adresser à nos Maîtres nos plus vifs remercîments pour l'enseignement qu'ils nous ont prodigué et la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée.

Les premiers seront pour M. le Dr Courtin; ce sont ses excellentes leçons qui nous ont permis de subir avec succès le concours de l'Internat.

M. le Dr Dubourg pendant notre première année d'études,

M. le Dr Gervais pendant notre première année d'Internat, ont guidé nos pas dans l'art difficile de la chirurgie : nous leur en exprimons toute notre gratitude.

Pendant les deux années d'Externat et d'internat que nous avons passées dans son service de médecine M. le Dr Verdalle nous a montré une trop grande sympathie pour que nous puissions jamais l'oublier.

Notre dernière année d'Internat s'est écoulée à l'hôpital des enfants, dans le service de M. le Dr R. Saint-Philippe qui nous

initié à la pratique délicate de la médecine infantile : nous lui adressons tous nos remercîments.

M. le Pr agrégé Chambrelent nous a toujours témoigné le plus grand intérêt dans le cours de nos études médicales; c'est lui, en outre, qui a bien voulu nous indiquer le sujet de ce travail; qu'il veuille bien recevoir ici l'hommage de notre grande reconnaissance.

Enfin nous ne nous rappelons jamais sans un grand plaisir notre année d'Externat à la clinique d'Accouchements ou M. le Pr Moussons a été pour nous, en même temps qu'un guide précieux, un Maître d'une bienveillance sans égale. Il nous fait encore aujourd'hui le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse : nous le prions de croire à notre plus respectueux attachement.

INTRODUCTION

Nous n'avons nullement la prétention d'avoir fait, avec ce travail, une œuvre bien personnelle. La méthode thérapeutique inaugurée par M. Fochier qui l'a appelée méthode des abcès de fixation est toute nouvelle. Elle ne comporte pas d'ailleurs, à son actif assez d'observations cliniques ou expérimentales pour pouvoir être jugée d'une façon définitive. C'est dire que notre hésitation a été grande quand il nous a fallu poser des conclusions sur des bases encore aussi peu solides. Nous espérons néanmoins n'avoir pas fait œuvre inutile en rassemblant, sur les conseils de M. le professeur agrégé Chambrelent, notre excellent maître, les matériaux jusqu'ici épars qui ont trait à ce sujet.

Notre travail est divisé en quatre chapîtres.

Le premier contient quelques considérations générales sur les abcès critiques.

Le second est consacré à l'exposé de la thérapeutique des

abcès de fixation telle que l'ont appliquée les auteurs dont nous rapportons les observations.

Dans le troisième chapître, nous essayons de déduire des observations les résultats thérapeutiques et pronostiques qu'elles semblent établir.

Dans le quatrième et dernier nous recherchons quel est le mode d'action de la méthode.

Suivent les conclusions.

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA

THÉRAPEUTIQUE DES ABCÈS DE FIXATION

Dans les Infections pyogènes généralisées.

CHAPITRE PREMIER

Il y a bien longtemps qu'on s'est occupé des Abcès qui surviennent dans les fièvres graves et qu'on s'est efforcé de leur donner une signification. Les opinions ont beaucoup varié à leur sujet, certains auteurs les considérant comme des complications sérieuses capables seulement d'affaiblir le malade et, par cet affaiblissement d'entraîner souvent la mort — d'autres au contraire les regardant comme des phénomènes critiques de bon augure, contribuant pour une grande part à l'élimination du poison infectieux.

Ces abcès ont été observés fréquemment dans la fièvre typhoïde, et quelques travaux ont été faits sur ce sujet.

Giraud, Thèse de Paris 1875, en cite sept observations avec une mort. Dans le cas qui se termina par la mort, les abcès furent seulement ponctionnés, tous guérirent sauf l'un d'eux, développé à la cuisse droite et qui, ponctionné à plusieurs reprises, se reproduisit toujours. Le malade mourut 48 jours après le début de cet abcès. S'appuyant sur ces observations l'auteur conclut à la grande gravité des abcès dans la convalescence de la fièvre typoïde. Peut-être est-ce là une conclusion un peu hâtive, surtout, si l'on réfléchit que, dans le cas mortel, l'issue eût pu être tout autre si l'abcès avait été largement ouvert et draîné, au lieu d'être simplement ponctionné.

Sentex, Thèse Paris 1880, cite également huit observations avec un cas de mort. Mais l'autopsie montra dans ce dernier cas que la mort était due, non pas aux abcès eux-mêmes, mais à l'oblitération de l'artère pulmonaire par un caillot. Et l'auteur de conclure au pronostic bénin de ces abcès, en s'appuyant en outre sur l'opinion de Chomel. « La formation sur » les organes extérieurs d'abcès pendant le cours de la mala- » die est loin d'être un phénomène aussi défavorable qu'on » pourrait le penser. Au contraire, on ne les observe pour » ainsi dire que chez les sujets qui guérissent. »

Nous avons observé nous-même un cas de fièvre typhoïde avec rechute accompagnée d'abcès et qui guérit parfaitement. Nous nous hâtons de dire que la fièvre typhoïde dont il s'agit fut une diothiénentérie assez légère. Aussi ne prétendons-nous en tirer d'autres conclusions que celle-ci : c'est que les abcès qui se sont montrés dans ce cas et dont un seulement était assez volumineux, n'ont nullement entravé la marche de la maladie vers la gnérison.

OBSERVATION I (personnelle)

Fièvre typhoïde. — Rechute et Abcès. — Guérison.

X..., jeune fille de 19 ans, domestique, entre à l'hôpital St-André salle 4, lit 8, le dimanche 5 mai 1895 au matin.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels nuls, sauf une rougeole vers l'âge de 7 ou 8 ans.

Règlée à 14 ans, rien à signaler de ce côté.

Habitant Bordeaux depuis 7 mois seulement.

Bien portante jusqu'au 28 avril 1895. Le soir de ce jour, brusquement, violent mal de tête avec courbature générale ; elle continue à travailler jusqu'au lendemain, malgré l'accentuation de malaise. Mais le 1er mai elle est obligée de s'aliter.

Céphalagie intense, la malade se sent absolument brisée. Léger mal de gorge. Pas d'Epistaxis. Vomissements, constipation, insomnie. 5 mai, jour d'entrée de la malade à l'hôpital : Etat de prostration très grand, la malade répond bien, mais les questions la fatiguent ou l'ennuient, visage fortement coloré, lèvres sèches et ridées, langue humide, recouverte en son milieu d'un léger enduit saburral. — T. 39° 6. P. 116.

Pas de ballonnement du ventre. Pas de tâches rosées. Douleur et gargouillement dans la fosse iliaque droite, foie normal, rate volumineuse.

La malade tousse un peu, légère douleur dans le côté droit.

Légère diminution de la sonorité et du murmure vésiculaire aux deux bases. — Battements du cœur fréquents mais bien frappés. Diagnostic évident : fièvre typhoïde.

On prescrit : Toniques, lotions vinaigrées froides, lavements phéniqués, bouillon et lait, — Tisanes vineuses.

6 mai, matin, T. 40. P. 124. La malade a un peu dormi. Torpeur diminuée. Diarrhée. Léger ballonnement du ventre. Cœur bon. Soir, T. 39°9. Deux tâches lenticulaires sur l'abdomen. Douleurs spontanées dans le ventre. Langue moins humide.

7, matin. — T. 39°7. Tâches lenticulaires nombreuses sur le ventre, sur la poitrine et les seins et surtout en arrière. Langue plus sèche, figure plus gaie. Etat général relativement bon.

On remplace les lavements phéniqués par les lavements froids et on ajoute dans la potion 0,50 d'acide salicylique.

Soir, T. 38°9.

8, matin. — T. 39°2. Pas de sommeil. La langue sèche de plus en plus.

Soir, T. 38°9 La malade se trouve mieux et est très gaie.

9, matin. — T. 38° Sommeil. Pouls bon.

Les jours suivants les phénomènes s'amendent progressivement : les tâches rosées disparaissent et, à partir du 14, la température revient tous les matins à la normale pour atteindre seulement 38° le soir.

18. — Matin, T. 36°8. Soir, 37°8.

Mais, à partir du 19, nouvelles oscillations ascendantes jusqu'au 21. Ne trouvant rien pour les expliquer on pense à une rechute.

Le 21, à la fesse droite, petite tumeur du volume d'une noisette, revêtue d'une mince membrane opalescente à travers laquelle on aperçoit du pus. Ouverture de cet abcès et évacuation d'une quantité de pus considérable par rapport au volume apparent de la tumeur, le pus vient évidemment des parties profondes.

22, Nouvel abcès à côté du premier. Peau rouge et tendue, pression très douloureuse à ce niveau. Pas de fluctuation, T.-M. 39°4. S. 39°6.

23, on devine la fluctuation. T.-M. 39°4. S. 39. On revient aux lotions, aux lavements froids et à l'acide salicylique.

25, Diarrhée. Insomnie. Douleur dans la fosse iliaque droite. Toux fréquente, mais rien à l'auscultation. T.-M. 39°6. S. 38°7.

27, Langue rôtie. Malade très affaissée, répond avec mauvaise grâce. Nouvelles tâches rosées.

28, Insomnie complète. Malade très fatiguée.

L'abcès de la fesse droite est très fluctuant. Peau tendue et luisante, prête à se rompre. Incision, drainage, pansement humide. Tâches rosées plus abondantes sur l'abdomen.

29, Nombreuses taches rosées sur la poitrine. Langue moins rôtie.

31, Incision d'un abcès à un centimètre du premier.

Disparition de la diarrhée, cessation des lavements.

3 juin. — La température encore fébrile la veille, tombe brusquement à 35°8. Pouls bon, pas de signes d'hémorragie.

4, œuf à la coque. Température vespérale, 38°, c'est la dernière élévation thermométrique.

A partir de ce jour, amélioration de l'état général. Les forces reviennent assez vite ainsi que l'embonpoint.

La malade sort complètement guérie vers le milieu de juin.

Des faits analogues ont été signalés dans d'autres maladies infectieuses. Edson (B) *Méd. Rev.* N.-Y. 1888, cite un cas de pneumonie avec résolution lente qui guérit après un abcès ouvert à l'extérieur. Coudret, journal complet du *Dict. des Sc. Médicales*, Paris 1830, cite deux cas de pneumonie grave guéris par de copieuses évacuations sanguines et les révulsifs, et après l'apparition, dans l'une, d'un énorme abcès de l'aisselle, dans l'autre d'un anthrax. Nous devons à l'obligeance de notre excellent ami Texier, un de nos camarades d'Internat, l'observation suivante qui nous paraît assez instructive à cet égard.

OBSERVATION II (inédite)

Rougeole. — Diphtérie. — Broncho-pneumonies successives. — Nombreux abcès donnant le signal de la retrocession définitive des lesions.

L.... Saint-G.... 4 ans, entré le 19 mars 1894 dans le service du Dr R. St-Philippe à l'hôpital des Enfants, a été atteint 15 jours avant son entrée à l'hôpital, d'une rougeole qui a évolué normalement, sans complications. Il semblait tout à fait guéri quand, le 18 mars, dans l'après-midi, il est pris brusquement de suffocation, la toux devient rauque, la voix s'éteint. Ces troubles s'amendent un peu au bout de quelques heures, mais ils redoublent dans la nuit et nécessitent le lendemain l'entrée d'urgence à l'hôpital.

A l'examen de la gorge on constate simplement de la rougeur du pharynx — il n'y a pas traces de fausses membranes — rien de particulier du côté des fosses nasales. Les ganglions sous-maxillaires sont pris des deux côtés. Tirage sus-sternal très-léger, tirage sous-sternal au contraire très accusé.

A l'auscultation, le murmure vésiculaire s'entend aux deux sommets tandis que les bases sont silencieuses.

On porte le diagnostic de croup d'emblée.

La dyspnée allant en augmentant et l'enfant se cyanosant de plus en plus, on est bientôt obligé de procéder à la trachéotomie.

Celle-ci pratiquée, l'enfant rejette par la canule une grande quantité de fausses membranes. L'auscultation permet alors de reconnaître de la bronchite aux deux bases.

22 Mars. — La plaie trachéale est parsemée de plaques de sphacèle.

23 — Le sphacèle de la plaie s'améliore. Signes manifestes de broncho-pneumonie dans la fosse sous-épineuses gauche.

29 — La plaie va beaucoup mieux. La broncho-pneumonie a disparu, il ne reste plus que quelques râles disséminés de bronchite. On enlève la canule.

4 Avril. — Nouvelle broncho-pneumonie à droite d'abord, puis à gauche. La toux qu'elle provoque fait rouvrir la plaie trachéale à peu près fermée.

6 — La broncho-pneumonie s'est beaucoup améliorée, on n'entend plus que quelques râles sous-crépitants. L'enfant se lève.

10 — Il n'y a plus de traces de broncho-pneumonie. Diarrhée profuse sans cause appréciable qui persiste le lendemain.

12 — Les troubles digestifs ont à peu près complètement disparu. L'enfant commence à se lever.

15 — Troisième poussée de broncho-pneumonie, foyers très-mobiles apparaissant successivement tantôt à droite, tantôt à gauche. La plaie trachéale se rouvre encore sous les efforts de la toux.

16 — Nombreux abcès apparaissant au cuir chevelu et dont le volume varie de celui d'une noisette à celui d'une noix. En même temps, amélioration des troubles pulmonaires.

Les 18, 19, 20, de nouveaux abcès succèdent aux premiers et, pendant leur développement, les lésions pulmonaires ont complètement disparu — l'auscultation révèle en effet le retour à la normale du murmure vésiculaire — l'enfant d'ailleurs ne tousse plus.

Les jours suivants les abcès, qui sont incisés au fur et à mesure de leur formation, deviennent de plus en plus rares. Leur cicatrisation est très lente. Il y en a eu au total 26.

Depuis l'apparition de ces abcès il ne s'est plus manifesté de lésions pulmonaires.

L'enfant sort de l'hôpital le 3 mai complétement guéri, la plaie trachéale est cicatrisée et l'état général très bon.

Le petit malade a été revu un an après — la guérison s'est maintenue absolument parfaite — l'enfant n'a jamais toussé depuis sa sortie de l'hôpital

Voilà donc une observation où la disparition complète de

la broncho-pneumonie, sans retour offensif ultérieur, a coïncidé nettement avec l'apparition d'abcès nombreux.

Mais c'est surtout dans l'infection puerpérale qu'on observe des cas de ce genre. Hervieux, dans son traité des maladies puerpérales l'avait déjà remarqué quand il dit : « L'ovarite et » le phlegmon du ligament large ajoutent également au péril » de la situation. Il m'a paru cependant que, dans certains cas, » le développement d'une vive inflammation, soit du côté de » l'ovaire, soit du côté du ligament large avait eu le pouvoir » de déterminer l'attention de l'économie sur ces organes et » d'imposer silence à des accidents péritonéaux qui s'étaient » manifestés tout d'abord avec un appareil de symptômes très » alarmants. Il restait, il est vrai, le danger d'une suppuration » ultérieure dans ces parties. Mais au moins on avait obtenu » un sursis et il était permis d'attendre soit de l'art, soit de la » nature quelques chances de salut. »

M. Hirigoyen, chirurgien de la Maternité, chargé du service d'isolement, dans une statistique portant sur 5 années (1889-1894), ayant observé dans les cas de septicémie puerpérale une mortalité de 53 0/0, ajoute qu'il lui semble ressortir de son observation que l'apparition d'un phlegmatia alba dolens dans le cours de la phlébite utérine septique peut être considérée comme une circonstance relativement heureuse, améliorant le pronostic. Il constate en effet une série de 12 cas de phlébite utérine sans phlegmatia avec 11 morts, et une série de 10 cas avec phlegmatia, avec 3 morts seulement.

De même une collection purulente siégeant en un point quelconque du corps peut être le point de départ de l'amendement d'un état jusque là très grave

Métivier (Aperçu sur la nature de la fièvre puerpérale), en cite plusieurs exemples, entre autres celui-ci : Une femme accouchée le 28 Septembre présenta le 1er Octobre les premiers

symptômes d'infection puerpérale. Il n'y avait aucune lésion locale, il n'y en eut jamais par la suite, du moins du côté des annexes, mais l'état général devint si grave que le 9 Octobre la situation était jugée désespérée. Or, à partir du 10 l'état de la malade commença à s'améliorer. Le 16 Octobre le mieux était très sensible; on constata alors, sur l'un des avant-bras, un phlegmon où la suppuration existait déjà.

Ce phlegmon, incisé le 19, donna issue à une grande quantité de pus. D'autres abcès se manifestèrent ensuite en divers endroits, la malade continua d'aller mieux et sortit le 31 Décembre en pleine convalescence.

Cantel, Bull. général de thérapeutique 1867, cet un fait analogue. Thierry (Th. inangurale de la même année) en a observé également. Enfin Siredey (Etude clinique sur les maladies puerpérales) indique la possibilité de la guérison de la forme typhoïde de la phlébite infectieuse par la production d'abcès plus ou moins nombreux du tissu cellulaire.

Nous verrons si ces collections purulentes spontanées, appelées à tort ou à raison par les anciens auteurs abcès critiques, sont comparables aux abcès provoqués dont nous allons parler.

CHAPITRE II

C'est en s'inspirant de cette influence signalée couramment par les auteurs et observée par lui-même, de cette influence bienfaisante des suppurations locales sur une infection générale comme la fièvre puerpérale, que M. Fochier, de Lyon, fut conduit à expérimenter sa méthode de provocation d'abcès dénommés par lui abcès de fixation.

C'est dans le Lyon médical du 23 Août 1891 que l'auteur fit l'exposé des raisons qui l'avaient conduit à cette nouvelle thérapeutique, paradoxale en apparence, et les résultats qu'il en avait obtenus jusqu'alors.

Cette méthode est applicable dans tous les cas d'infection pyogène généralisée et le professeur de Lyon définit l'infection pyogène généralisée « toute maladie où l'on peut voir se produire à la fois plusieurs abcès dans divers organes ou dans différentes régions du corps ». L'infection purulente reste le type du genre, mais l'Erysipèle, l'ostéomyélite, peuvent être rangés dans le même groupe. Enfin d'autres maladies infectieuses, bien que n'ayant pas coutume de donner lieu à de

pareilles manifestations, peuvent cependant le faire parfois et, dès lors, deviennent, au même titre que les affections précédentes, des infections pyogènes généralisées : telles la grippe, la fièvre typhoïde, la pneumonie.

Prenant alors pour type la fièvre puerpérale, M. Fochier fait les remarques suivantes :

Dans certains cas d'infection puerpérale généralisée, ne s'étant manifestée jusque là que par des phénomènes généraux très graves,on peut voir l'état de la malade s'améliorer presque subitement après l'apparition d'une suppuration locale — abcès du sein, péritonite localisée, salpingo-ovarite. — Cette complication, grave par elle-même, devient bénigne si elle est traitée à temps, et amène le salut : elle a été dans l'espèce, un abcès de fixation.

Dans d'autres cas ont voit se produire, d'une façon évidente, des tentatives de fixation naturelle, mais ces tentatives n'aboutissent pas, il n'y a pas formation d'abcés de fixation ou bien encore celui-ci se produit trop tard, et la malade meurt.

Enfin, d'autres fois, la fixation est multiple : au lieu d'un abcès il s'en forme plusieurs que M. Fochier serait tenté d'appeler des abcès de diffusion. Ceux-ci, à l'encontre de l'abcès unique qui améliorerait le pronostic, seraient d'un funeste présage.

De la constatation des avantages d'un abcès de fixation naturel spontané, dans une infection générale grave, à la provocation artificielle de cet abcès il n'y avait qu'un pas que le professeur de Lyon se décida à franchir.

Après avoir tâtonné pour trouver une substance capable de déterminer une collection purulente, après avoir employé successivement les solutions de quinine hyperacidifiées et les solutions de nitrate d'argent, auxquelles il dit avoir dû quelques succès, mais qui étaient trop lentes à provoquer la sup-

puration, M. Fochier s'adressa à l'essence de térébenthine qui venait d'être révélée par les recherches de certains auteurs, comme un agent pyogène aseptique.

Six fois, jusqu'au moment où il publie sa note, M. Fochier a eu l'occasion d'expérimenter sa méthode.

La première fois il s'agissait d'une malade qui était arrivée dans le service au dixième jour de son accouchement, les accidents infectieux ayant débuté dès le lendemain de celui-ci. La malade avait de l'arthrite purulente de la hanche et de l'épaule et un empâtement douloureux sur les côtés de l'utérus, mais les symptômes généraux démontraient un état d'infection générale des plus graves, si bien que M. Fochier jugea la situation désespérée. On fit deux injections d'essence de térébenthine et, en même temps, des injections de quinine.

Des abcès se formèrent aux points voulus et l'amélioration fut assez rapide.

Toutefois le rétablissement complet de la malade fut assez long et M. Fochier regrette de n'être pas revenu aux injections de térébenthine tant que la malade n'était pas franchement améliorée.

Dans trois autres cas, traités de la même façon, la guérison survint. Dans l'un d'eux même, une lésion locale, salpingo-ovarite suppurée, disparut comme les phénomènes généraux, sans s'être ouverte à l'intérieur ni à l'extérieur.

Dans les deux derniers cas il s'agissait de lésions péri-utérines post-abortives, déjà suppurées dont les injections de térébenthine n'entravèrent pas la marche mais où l'état général n'était pas très grave.

De ces faits M. Fochier tire les conclusions suivantes :

« Dans toute injection pyogène grave, lorsqu'il n'y a pas » de suppuration en voie de formation, lorsqu'il n'y a pas de » fixation, ou lorsque la fixation n'est pas en rapport par son

» importance avec la gravité de l'état général, ou lorsque le » traitement local (injections intra-utérines par exemple), a » supprimé ou diminué la lésion initiale et que l'état général » persiste, ou même peut-être lorsque la fixation est à son » début et occupe un point où la suppuration peut présenter » des dangers, dans tous ces cas, il faut provoquer la forma- » tion artificielle d'abcès à l'aide d'injections sous-cutanées » d'essence de térébenthine.

» Il est utile de déterminer ces abcès, dans des points où ils » puissent avoir ce qu'on connaît sous le nom d'action révul- » sive, en même temps que l'action fixatrice que je leur attri- » bue. Dans certaines maladies où les abcès de fixation ont un » siège déterminé, et où ce siège est facilement atteingible, on » pourra choisir ce point au lieu du tissu cellulaire sous- » cutané.

» Les abcès de fixation doivent être ouverts plus ou moins » tardivement suivant les allures qu'ils affectent, mais, pour » peu que l'état général persiste (je ne dis pas la fièvre), il faut » en provoquer de nouveaux sans attendre.

» Dans certains cas même on fera bien d'avoir recours à » cette provocation un ou plusieurs jours avant l'incision des » premiers. C'est là une condition de fixation permanente, ou » plus tôt continue, qui me paraît essentielle pour le succès de » la méthode dans les cas très graves.

» Il faudra provoquer plusieurs abcès à la fois si l'infection » s'annonce comme menaçante à brève échéance, et c'est là » le cas de l'infection purulente à grands frissons répétés.

»Dans l'érysipèle qui n'est qu'exceptionnellement pyogène, » mais qui se juge manifestement parfois par des abcès, il fau- » drait provoquer ces abcés à la périphérie de la rougeur » envahissante; mais je donne le conseil de ne le faire, pour

» commencer, que dans les cas très menaçants, puisque je » n'ai aucune expérience personnelle à ce sujet. »

Enfin, dans des communications faites en 1892 à l'Académie de médecine et à la Société obstétricale, le professeur de Lyon vint confirmer ses précédentes conclusions sur les résultats de la méthode.

La même année, Thierry venait communiquer à la Société de médecine de Rouen (11 avril 1892) une longue observation confirmant en tous points les résultats de Fochier. Se fondant comme celui-ci sur son observation personnelle il dit avoir cherché dès 1888 à provoquer des abcès dans les cas d'infection puerpérale grave. Il employa pour cela différents agents irritants, acide phénique, sublimé, oxyde jaune de mercure, solution hyperacidifiée de chlorhydrate de quinine. Dès qu'il connut les résultats publiés par Fochier, il s'adressa comme ce dernier à l'essence de térébenthine.

A la séance du 14 juin 1892 de la même Société Thierry communiquait un second cas tout aussi probant que le premier. Voici, du reste, ces deux observations :

OBSERVATION III

Infection puerpérale. — Injections d'essence de térébenthine. — Guérison.

THIERRY. Observation communiquée à Société de Médecine de Rouen, le 11 juin 1892. *Normandie Médicale* du 14 juin 1892.

V..., Alexandrine, 23 ans, ouvrière de filature, primipare. Réglée à 17 ans et depuis régulièrement pendant trois jours chaque mois, avec des retards variant de trois à sept jours.

Dernières règles en septembre 1891. Rien à signaler pendant la grosesse qu'une diarrhée séreuse se polongeant pendant quatre mois et assez abondante : trois à six selles par jour.

Entrée à la Maternité, le 18 avril 1892.

Accouchement à sept mois, après un travail de neuf heures. Sommet. Enfant vivant. Délivrance naturelle.

22 avril. — Lochies légèrement fétides.

23 avril, matin. — T. 38°4. P. 104. Transeat à l'isolement.

Utérus volumineux, à cinq travers de doigt au-dessus de la symphyse. Indolore. Lochies sero-sanguinolentes, peu odorantes. Diphthérie d'une petite plaie périnéale et sur la cavité du col.

Curettage. Lavage au Van Swieten, cautérisation au bichorure de zinc à quinze pour cent. Injection vaginale de sublimé toutes les quatre heures.

Soir. — Frisson très fort et prolongé (quarante minutes) ; puis chaleur et transpiration abondantes. T. 40°2. Malaise général, tremblement des membres. Agitation. Délire.

A onze heures du soir, aggravation de l'état. On fait trois injections, d'un gramme chacune, d'essence de térébenthine, à la partie supérieure de la cuisse gauche, en arrière du grand trochanter.

24 avril. — Insomnie, délire agité une partie de la nuit.

A huit heures, T. 40.

A neuf heures, T. 41°4. P. 160. Frisson de trente-cinq à quarante minutes.

Metéorisme abdominal. Tension de la paroi ne permettant pas de limiter l'utérus. Lochies fétides. Soif vive. Refus d'aliments. Tremblements de la langue et des membres.

Gonflement notable de la partie supérieure de la cuisse gauche. Phlegmon à peine douloureux, recouvert par une peau d'un rouge vif.

Quatrième injection d'essence de térébenthine. Injections vaginales. Lavement alimentaire.

Soir. — T. 38·6. — P. 124.

Cinquième injection d'un gramme de térébenthine.

25 avril. — Délire bruyant une partie de la nuit. T. 39·4. P. 120.

Traits altérés, ailes du nez pincées, se dilatant à chaque respiration. Même état général et local.

Phlegmon de la cuisse plus saillant, douloureux, la rougeur qui le recouvre s'étend un peu au-delà.

Soir. — T. 40·2. P. 128. Selle normale après un lavement laxatif.

26, matin. — Nuit mauvaise, agitée, avec peu de sommeil. Pourtant, T. 38·6. P. 96.

Ventre souple. Utérus à quatre travers de doigt de la symphyse, non douloureux. Lochies peu abondantes, séreuses, odorantes. Même état des

plaques diphthéroïdes de la vulve ; celles du col sont moins étendues. Langue humide, encore tremblotante. La malade demande à manger.

Phlegmon volumineux, saillant, douloureux à la pression, recouvert en partie de vésicules pleines d'un liquide trouble sanguinolent.

Incision de 15 centimètres de long sur 3 de profondeur. Ecoulement de sang assez abondant ; à la surface de la plaie 2 foyers hémorragiques, 7 foyers peu étendus remplis d'une matière purulente concrète. Tissu cellulaire grisâtre, résistant, comme infiltré d'une matière plastique. Pansement de la plaie avec de l'onguent styrax recouvert d'ouate imbibée d'eau boriquée chaude.

Soir. — T. 38°4. P. 92.

27. — T. 37°8. P,96. Nuit bonne. Lochies séreuses, inodores. Appétit. Tremblement de la langue et des membres.

Localisation du phlegmon. Suppuration presque nulle. Fausse membrane recouvrant la presque totalité de la plaie.

28-29. — Amélioration progressive.

30. — La plaie commence à suppurer. Deux eschares développées au niveau des points injectés commencent à se détacher. Pouls entre 96 et 112.

1er mai. — Etat général satisfaisant. T. 37°. P. 84.

Suppuration abondante.

Les jours suivants, amélioration progressive.

13. — Les eschares se détachent.

La malade reprend de l'embonpoint.

22. — La malade se lève.

Sortie de la Maternité le 10 juin. Etat excellent.

OBSERVATION IV.

Infection puerpérale.— Injection d'essence de Térébenthine.— Guérison

Thierry.— Communication à la Société de Médecine de Rouen, le 11 avril 1892

Normandie médicale du 1er mai 1892.

M..... Alexandrine, 21 ans, entrée à la maternité le 2 février 1892.

Primipare.

Dernières règles fin avril 1891. Sommet en G.A. Accouchement et délivrance naturels le 2 février.

4 matin, à 8 heures, T. 37. A 10 heures, grand frisson de 25 minutes, puis chaleur et sueur. Transeat à l'isolement.

Soir, T. 39°8.

5 matin. — T. 39°8. P. 112. Nuit mauvaise, sans sommeil. Utérus à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Indolore. Lochies peu abondantes et peu odorantes. Langue saburrale. Inappetence.

Lavage intra-utérin à la liqueur de Van Swieten matin et soir. Irrigations vaginales répétées et prolongées avec une solution faïble d'acide phénique. Toniques. Sulfate de quinine.

Soir, T. 39°9. P. 108.

6. — Nuit très mauvaise, agitation. Insomnie. Lochies fétides. Plaques diphthéroïdes à l'orifice vulvaire et sur les lèvres du col. Epistaxis dans la nuit. Prostration. Tympanisme abdominal. Diarrhée fétide. Pas de stomatite.

Même traitement.

Soir, Epistaxis dans la journée. T. 40°2.

7, matin. — Délire pendant la nuit. Abattement complet. Lèvres sèches et fuligineuses. T. 40°2. P. 106.

Même état des lochies et des plaques diphthéroïdes.

Curettage ramenant de nombreux débris. Lavage à la liqueur de Van Swieten. Pansement à la glycérine créosotée.

Injection d'essence de térébenthine à la fesse droite. Pas de douleur.

Soir, à 5 heures, frisson d'une demi-heure. T. 48°8. P. 114. Deux injections d'un gramme.

8, matin. — T. 38°6. P. 112. Un peu de sommeil pendant la nuit. Physionomie meilleure. Diarrhée fétide.

Utérus à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Lochies séro-sanguinolentes, peu odorantes. Plaques diphthéroïdes moins épaisses.

Injection d'un gramme.

Soir, T. 40, 5e injection d'un gramme. Cette fois douleur très vive.

9 matin. — T. 38°6. P. 104. Amélioration notable de l'état général.

Appétit. La malade a pris le 8, trois potages et bu 2 œufs.

Lochies encore odorantes.

Soir. — T. 39°6.

10 matin. — T. 38°5. Soir 39°6. Un phlegmon s'est formé au niveau des piqûres; il est ouvert largement.

11. — P. 100. T. matin 38°3. Soir 39°2; fond de l'utérus à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Lochies encore sanguinolentes, sans odeur, disparition des plaques diptheroïdes. Ecoulement de la plaie du phlegmon séro-purulent, peu abondant.

12. — T. matin 38°. Soir, 39°. P. 96.

13. — Même état.

14. — La suppuration est très abondante. Pus jaunâtre, bien lié.

P. 84. T. matin, 37°2. Soir, 37.

Température et pouls normaux jusqu'au 18.

18. — T. 39°4. Cette augmentation de la température est due vraisemblablement au pus qui stagne dans un clapier se vidant mal. Nettoyage.

19. — T. 38° matin et soir. P. 70.

A partir du 22, retour à la normale.

La malade sort parfaitement guérie au commencement d'avril.

Enfin M. le professeur agrégé Chambrelent a eu l'occasion, dans cinq cas, dont il a bien voulu nous fournir les observations qu'il communiqua au dernier Congrès de Gynécologie de Bordeaux (août 1895), d'observer les bons effets de la méthode de M. Fochier. Les deux premières fois, les injections de quinine furent instituées pour fournir à l'organisme infecté un agent antiseptique, la quinine, et non pas pour provoquer des abcès. Ceux-ci se produisirent néanmoins et la guérison survînt. Dans les cas ultérieurs, s'autorisant des résultats précédents, M. Chambrelent fit les mêmes injections de quinine, comptant non seulement sur l'action thérapeutique du médicament lui-même, mais encore et surtout sur la provocation d'abcès artificiels. Voici ces observations. Nous verrons plus tard dans quelle mesure les espérances de notre maître se réalisèrent.

OBSERVATION V (Inédite)

Communiquée par M. le Professeur agrégé CHAMBRELENT.

Il s'agit d'une dame qui, dans un avortement de trois mois avait été infectée par une sage-femme. Lorsque je fus appelé auprès d'elle l'état général était grave. Temp. 39°, ventre douloureux à la pression. Bientôt se montrent tous les symptômes d'une pelvi-péritonite avec tendance à la

généralisation. La quinine, donnée dès le début à haute dose par la voie stomacale, n'amenait aucun abaissement de la température qui restait constamment entre 39° et 40°. De plus, les vomissements ne me permettant plus d'administrer ainsi ce médicament, j'eus recours, sur les conseils de M. le professeur Arnozan, à des injections concentrées d'une solution hypodermique de chlorydrate de quinine, dans le seul but de suppléer ainsi à l'intolérance de l'estomac pour le médicament.

Or, dès le lendemain des premières injections faites à la racine de la cuisse, la malade accusait au niveau des piqûres de violentes douleurs, et l'on pouvait constater, aux différents points où l'injection de quinine avait été pratiquée, de la rougeur avec induration du tissu cellulaire sous-cutané. Mais, en même temps, une amélioration sensible se manifestait dans l'état général de la malade.

Au bout de quelques jours tous les points où avaient été pratiquées les piqûres étaient le siège de collections purulentes.

L'amélioration de l'état général persista et, au bout de trois semaines, la fièvre avait absolument disparu.

OBSERVATION VI (Inédite)

Communiquée par M. le Professeur agrégé Chambrelent.

Une femme fut amenée à la clinique obstétricale pour des accidents graves de manie puerpérale. Cette femme, accouchée depuis plusieurs jours, était de plus profondément infectée. Mais l'infection ne paraissait localisée en aucun point,

Les symptômes présentés par cette malade étaient ceux de la paralysie générale à marche suraigüe. Notre collègue, le Dr Régis, qui voulut bien l'examiner sur notre demande, porta un pronostic des plus graves sur l'état mental.

En même temps que nous instituions un traitement local antiseptique des organes génitaux (injections vaginales et intra-utérines) nous injections 2 fois par jour, sous la peau, une solution concentrée de chlorydrate de quinine. Au bout de deux jours, formation d'abcès au niveau des piqûres et, en même temps, amélioration très manifeste de l'état général et surtout de l'état cérébral. Cette femme, à qui on avait dû imposer la

camisole de force, recouvrait peu à peu la raison et sortait complètement guérie de notre service d'isolement au bout de trois semaines.

OBSERVATION VII (Inédite).

Communiquée par M. le Professeur agrégé CHAMBRELENT.

Femme amenée à la clinique d'accouchements avec une fièvre intense et qui accouche quelques heures après son arrivée dans le service.

Le lendemain, la fièvre persistant, on la fit transporter dans notre service d'isolement. M. le professeur Arnozan, que nous priâmes de voir cette malade avec nous, fut d'avis qu'il s'agissait bien là de septicémie puerpérale sans localisation.

Fièvre intense, facies vultueux, langue sèche. Rien du côté des organes génitaux.

On pratique une série d'injections d'une solution concentrée de chlorydrate de quinine au niveau des cuisses. Formation d'abcès. Amélioration de l'état de la malade, chute sensible de la température. Au bout de 2 jours on suspend les injections de quinine, la température ne tarde pas à s'élever de nouveau. On reprend alors les injections, nouvelle amélioration de l'état de la malade. Formation d'abcès considérables dans les points où ont été pratiquées les injections. L'examen du pus y révèle la présence de streptocoques à longue chaîne.

La malade sort bientôt guérie de l'hôpital.

OBSERVATION VIII (inédite).

Communiquée par M. le Pr agrégé CHAMBRELENT.

Femme amenée au service d'isolement de la clinique obstetricale pour des accidents de manie puerpérale. Cette femme, d'abord placée dans le service de M. le Pr Demons où elle avait été amenée du dehors pour un avortement incomplet et avec des accidents graves d'infection, y fut curettée, puis transportée dans notre service.

A son arrivée : fièvre, délire maniaque.

On pratique des injections sous-cutanées de chlorhydrate de quinine. Pas la moindre réaction au niveau des piqûres. La fièvre cède cependant au bout de quelques jours, mais l'état mental reste le même. La malade a dû être transférée dans un asile d'aliénés.

OBSERVATION IX (inédite).

Communiquée par M. le Pr agrégé CHAMBRELENT.

Malade apportée de la ville au service d'isolement de la clinique obstétricale avec des accidents infectieux graves

L'accouchement remonte à une dizaine de jours.

Fièvre intense, facies grippé, sphacèle du vagin et de la vulve.

On pratique une série d'injections sous-cutanées de chlorhydrate de quinine. Aucune de ces injections n'amène la moindre réaction. L'état général de la malade s'aggrave de plus en plus et elle succombe au bout de quelques jours.

OBSERVATION X.

SWITALSKI. Thérap. Wolchensch. — Observation résumée dans la *Médecine moderne* du 7 décembre 1895.

Femme de 20 ans, secondipare. Accouchement normal, Le quatrième jour frissons et fièvres avec une courbe caractéristique de pyohémie qui persista 49 jours. Dans le sang on trouvait des staphylocoques. Tous les modes de traitements usuels ayant échoué, et l'état de la malade s'aggravant de jour en jour, on fit, le quarantième jour après l'accouchement, une injection de 2 grammes d'essence de térébenthine dans le mollet gauche. La douleur fut assez vive pendant quarante-huit heures et persista, quoique moins intense, jusqu'à la formation de l'abcès. Dix jours après l'injection, l'abcès, très étendu, fut incisé et il s'en écoula environ 300 grammes d'un

pus jaunâtre, épais, et avec des flocons de tissu nécrosé. Après l'injection la malade n'eut qu'une seule fois des frissons, mais la fièvre persista jusqu'au moment de l'ouverture de l'abcès. A partir de ce moment, le rétablissement marcha vite.

OBSERVATION XI.

SWITALSKI. Thérap. Wolschensch. — Résumée dans la *Médecine moderne* du 7 décembre 1895.

Malade de 28 ans, primipare ; accouchement laborieux ; extraction manuelle du placenta. Le lendemain, fièvre qui offrait ensuite le type continu ; délire, langue sèche. Injection de térébenthine le troisième jour. Trois jours après les troubles cérébraux se dissipèrent ; la fièvre disparut le dixième jour. Mais la fluctuation n'est devenue nette qu'environ trois semaines après l'injection, et l'abcès ne fut ouvert que le trente-quatrième jour. Guérison rapide à partir de ce moment.

Comme l'infection était ici très grave, on avait fait, outre l'injection hypodermique de térébenthine, une injection intra-veineuse de sublimé (8 milligr. en 3 jours).

OBSERVATION XII.

SWITALSKI. Thérap, Wolschensch. — Résumée dans la *Médecine moderne* du 7 décembre 1895.

Cas à peu près analogue. Fluctuation quinze jours après l'injection. L'incision faite, la malade marcha rapidement vers la guérison.

Les faits précédents observés dans l'infection puerpérale avaient vivement frappé l'esprit de quelques médecins qui se promirent bien, si l'occasion se présentait, d'avoir recours à la méthode. Ils pensaient, en effet, comme M. Fochier, que, si la

méthode avait réellement la valeur curative qu'on lui attribuait, elle devait pouvoir être étendue à d'autres infections que la septicémie puerpérale (1).

L'occasion ne tarda pas à se présenter et MM. Dieulafoy, Lépine, Gingeot, Olivier, vinrent successivement apporter des observations de pneumonie grave, arrivée à la période d'hépatisation grise, qui ne semblait avoir guéri que grâce aux abcès provoqués par les injections d'essence de térébenthine.

Mais tout ne se borna pas là et, à la suite de ces communications, plusieurs auteurs vinrent rapporter des faits analogues dus à des abcès provoqués involontairement. Siredey, à la suite de la communication de Dieulafoy, s'empressa de faire part à la Société de médecine des hôpitaux de Paris d'un cas d'endocardite infectieuse où la disparition des accidents lui parut avoir nettement coïncidé avec l'apparition d'un phlegmon provoqué involontairement par une injection de caféine. Cette coïncidence l'avait frappé, dit il, toutefois il n'en aurait pas fait le sujet d'une communication, si l'occasion ne lui en avait pas été fournie par le fait rapporté par Dieulafoy.

Nous avons donc cru devoir rechercher toutes les observations où la méthode de M. Fochier a été employée ; nous rapportons ici tous les cas que nous avons pu trouver, quelle qu'en ait été la terminaison. Nous essaierons ensuite, en analysant toutes les observations, de voir si réellement la guérison, quand elle est survenue, a bien été due à la méthode, ou bien, lorsque

---

(1) Au Congrès international de Rome, séance du 1er mai 1894, M. Colladon de Cenève rappelant que M. Szenes, de Budapesth, avait attiré l'attention des médecins sur une complication curative de l'otite moyenne suppurée aigûe, dit avoir vu survenir dans plusieurs cas, au cours de l'affection primitive, une otite diffuse externe, dont la guérison a été suivie de près de la cessation de l'otorrhée et de la cicatrisation de la perforation.

M. Colladon rapproche ces faits de ceux de M. Fochier en obstétrique et conseille l'utilisation des abcès de fixation pour la provocation desquels l'acide thymique serait, dans le cas particulier, la meilleure substance à employer.

la maladie s'est terminée par la mort, quelles sont les raisons qui peuvent expliquer cet échec.

OBSERVATION XIII

Pneumonie suppurée guérie par les injections d'essence de térébenthine.

DIEULAFOY. — *Bull. et Mém. de la Soc. de méd. des Hôp. Paris.*
Séance du 25 mars 1892.

Femme de 47 ans, entrée à l'hôpital Necker le 25 février au soir, pour une grippe qu'elle traînait depuis un mois environ et caractérisée surtout par de la céphalée, des frissons, de la toux, des vomissements. La veille, 24 février, point de côté violent à droite et dyspnée intense, râles crépitants et souffle bronchique à la partie moyenne du poumon droit.

25, soir. — T. 40°. Prostration et délire. Agitation. La pneumonie a gagné d'une façon diffuse tout le poumon droit. Crachats rouillés, visqueux, adhérents.

26. — Début de congestion pulmonaire à la base du poumon gauche. T. soir, 40°. P. 120.

Au total double pneumonie d'origine grippale à tendance ataxo-dynamique précoce.

27. — Aggravation de l'état général, pouls petit, de mauvaise qualité à 140. Délire. La malade répond à peine quand on l'interroge. Adynamie profonde. Crachats grisâtres, purulents, jus de pruneaux et témoignant du passage de la pneumonie à l'hépatisation grise.

Les différents traitements institués, toniques surtout, ayant absolument échoué je pense qu'il pourrait être utile de pratiquer des injections d'essence de térébenthine.

J'attends néanmoins, hésitant encore, mais le soir à 4 heures, en présence de l'état tout à fait grave de la malade dont le pouls misérable était à 150, en raison de l'état ataxo-adynamique qui semblait du plus funeste augure, je me décide aux injections.

Avec la seringue de M. Roux, stérilisée, on pratique à la partie moyenne et externe des deux cuisses et à la région deltoïdienne des deux bras une injection d'un centimètre cube d'essence de térébenthine, soit 4 centimètres cubes pour les quatre injections. Celle-ci ont été faites au-

tant que possible dans la zone cellulaire sous-cutanée, mais il est probable que les injections aux cuisses ont atteint la couche inférieure du derme.

Ces injections ont provoqué une douleur extrêmement vive qui a duré deux heures environ à l'état très aigu,

Le lendemain matin 28 février, je constate une légère amélioration : dyspnée moins vive, pouls à 130. L'auscultation donne à peu de chose près les mêmes renseignements que la veille,

Les régions qui ont été le siège des injections présentent un empâtement œdemateux, blanchâtre, diffus, plus étendu aux cuisses qu'aux bras et de la dimension d'une main d'enfant environ.

Le soir, la température monte encore à 39° 6, mais, bien que les crachats soient toujours purulents et jus de pruneaux, l'amélioration semble s'accentuer.

Le 29 la dyspnée a presque disparu, la malade a reposé une partie de la nuit, le pouls est toujours à 130, mais il est plus fort que la veille ; la langue est plus humide, la prostration a totalement disparu, Les râles et le souffle du côté droit ont perdu de leur intensité. Des râles sous-crépitants persistent du côté gauche.

A la région des injections la tuméfaction s'est accentuée, mais la coloration blanchâtre a fait place à une teinte bronzée, sillonnée de travées presque violacées rappelant l'aspect des phlegmons gangréneux. On ne trouve pas encore trace de fluctuation.

Le 1er mars l'état de la malade s'améliore franchement: le pouls est à 110, les râles du poumon gauche ont presque disparu. Il reste au poumon droit un souffle léger et des râles gros et humides dans toute son étendue. Les régions des injections ont un aspect livide et violacé qui me donne une certaine inquiétude sur l'issue de ces phlegmons d'apparence gangréneuse. Quelques phlyctènes ont même apparu.

Le 2, la malade est en pleine défervescence. Son état général est excellent ; l'expectoration est composée de crachats muqueux bien aérés. A dater de ce moment du reste la fièvre n'a plus reparu quoique l'évolution des quatre phlegmons eût abouti à la purulence, comme nous allons le voir.

Le 3, l'amélioration continue : on ne trouve plus que de gros râles muqueux disséminés dans le poumon droit. L'état des parties phlegmoneuses ne s'est pas modifié.

Le 4, bien que la fluctuation ne soit pas encore manifeste au niveau des phlegmons, on pratique néanmoins avec la seringue de Roux, stérilisée, une série de ponctions profondes qui permettent de retirer du pus avec lequel on essaie des cultures qui restent stériles.

Le 5, la malade commence à manger.

Le 10, l'état est tout à fait bon, fluctuation très nette au niveau des quatre phlegmons; on les ouvre et un pus franchement phlegmoneux et abondant s'en écoule. Aux cuisses le pus paraît moins franchement collecté, il est en partie infiltré dans les aréoles du derme. Les incisions et les pansements consécutifs ont été faits, bien entendu, avec toute la rigueur antiseptique.

On essaie de nouvelles et très nombreuses cultures avec le pus retiré de ces quatre phlegmons : mêmes résultats négatifs que précédemment. Une seule culture a donné du staphylococcus albus, mais elle avait été pratiquée non pas avec du pus des parties profondes, mais avec la sérosité louche d'une phlyctène sous-cutanée.

18 mars. — Les phlegmons des épaules sont presque guéris, de nouvelles cultures essayées à cette date restent encore stériles. Les phlegmons des cuisses, celui du côté gauche notamment se sont terminés par une eschare qui a été éliminé quelques jours après sans incidents.

En résumé, femme atteinte de double localisation broncho-pulmonaire d'origine grippale, à forme ataxo-adynamique et arrivant à la période de suppuration. Cette malade dont l'état semblait désespéré s'est rapidement amélioré et a guéri sous l'influence croyons-nous, de quatre phlegmons absolument amicrobiens déterminés par des injections d'essence de térébenthine.

OBSERVATION XIV

Pneumonie

GINGEOT. — (*Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. des Hôp. Paris*)

Séance du 13 mai 1892.

X..., 29 ans, débardeur, bien constitué, n'a d'autre antécédent morbide actuellement intéressant qu'une maladie aigüe qualifiée par lui fluxion de poitrine, contractée vers l'âge de 15 ans et terminée, après une durée de trois semaines, par le retour à la santé la plus parfaite. X... est un grand buveur, et, chaque fois qu'il se livre à des excès bachiques il ne manque pas d'avoir un flux hémorrhoïdal très abondant.

Le 29 mars dernier, cet homme tombe malade brusquement : point de côté violent sous le mamelon droit, frisson intense et unique la nuit sui-

vante. Admis à l'hôpital St-Antoine le 1er avril, 4 jours après le début, le patient présente alors les symptômes dont voici le résumé :

Pommettes rouges, mal de tête, courbature, point de côté persistant, dyspnée manifeste, langue sèche, évacuations diarrhéiques, pouls à 90, plein et régulier. T. 39°8, toux pénible, crachats spumeux, ambrés, adhérents; urine légèrement albumineuse. Comme signes physiques on ne relève qu'un peu de subimatité vers la fosse sous-épineuse droite, avec affaiblissement du murmure vésiculaire dans le même point.

2 avril. — Signes physiques à peine plus marqués que la veille. Après la toux seulement on parvient à saisir, dans le point reconnu hier, quelques bouffées de râles crépitants très fins et très peu nombreux. Légère tendance bronchophonique, pas de pectoriloquie aphone. Crachats plus adhérents et plus ambrés. Etat général sensiblement le même, un peu d'agitation sans délire.

3 avril. — T. 38°8, baisse de 1°. Le soir, nouvelle baisse : T. 38°. Le pouls reste régulier, l'état général n'est pas mauvais, il semble que la défervescence légitime ait commencé.

4 avril. — Huitième jour de la pneumonie. Nuit très mauvaise, agitation, subdelirium. T. 39°2, le matin, 39·8 le soir. Le pouls, sans être irrégulier, est à 110. Signes physiques absolument nuls.

5 avril. — 9e jour. Délire intense, T aux environs de 40°

Aggravation de l'état général.

On constate, en avant de la poitrine, à la partie inférieure du poumon, une zone de malité assez étendue, au niveau de laquelle s'entend un souffle tubaire éclatant mêlé de quelques râles fins et secs. Les crachats, plus abondants que précédemment, ont passé de l'aspect ambré à une teinte grisâtre. On y trouve quelques pneumocoques, une énorme quantité de streptocopes et d'autres cocci de types divers.

En présence d'une situation aussi alarmante je recommande à mon interne, M. Sergent, de recourir le soir aux injections de térébenthine, s'il n'est survenu aucune détente.

Or, le même jour, à trois heures de l'après-midi, loin qu'il y ait une détente, la temp. s'élève à 40°4, le patient est couvert d'une sueur froide, le délire persiste, l'agitation est extrême et l'affaiblissement a fait de grands progrès. Beaucoup d'albumine dans les urines, toujours de la diarrhée.

Le cœur soutenu sans doute par le traitement mis en usage, stimulants alcooliques, injections d'éther et de caféine, se contracte assez bien. Toutefois les pulsations sont à 120 par minute.

Enfin les lésions locales se sont considérablement étendues : Râles aux deux temps de la respiration et légèrement humides, ressemblant par con-

séquent à des râles sous-crépitants, et mélangés à du souffle. Celui-ci est encore plus éclatant que le matin, occupe toute la hauteur du poumon en avant, le creux axillaire, la partie postérieure du sommet, et dans ce dernier point, naguère intact on trouve une certaine matité à la percussion.

Injection sous la peau de chaque membre et après précautions antiseptiques de un centimètre cube d'essence de térébenthine, soit, en tout quatre grammes.

Deux heures après baisse de 1° dans la température. Albumine toujours très abondante dans l'urine.

A onze heures du soir le patient dort d'un sommeil passable, il continue à transpirer. Pouls à 96.

Les injections ont donné lieu à de vives douleurs, les régions, siège des piqûres sont rouges, dures et tuméfiées dans une étendue assez grande; le membre supérieur droit notamment présente un commencement d'œdème généralisé.

6 avril, matin, dixième jour, T. 39°. Nuit calme. Etat général meilleur, pas d'agitation, pas de délire. Toujours de la transpiration et de l'albuminurie. Crachats d'un jaune grisâtre sale, plus aérés, moins adhérents. Les signes physiques sont les mêmes que la veille, sauf que les râles sont plus nombreux, quelques-uns crépitants, la plupart sous-crépitants. Aux membres l'enflure a augmenté ; ganglions tuméfiés dans l'aisselle gauche, membre supérieur droit beaucoup plus œdematé qu'hier, la moitié inférieure est dure, douloureuse et apparemment doublée de volume. Des phénomènes semblables, mais moins accusés, s'observent aux cuisses.

8 Avril. — Les signes d'hépatisation ne sont plus ou presque plus appréciables. Les crachats ont pris l'aspect de ceux qu'on observe dans la bronchite vulgaire. Etat général très amendé. La température, stationnaire à 38°8 pendant les dernières trente-six heures tombe le matin à 38°2 et le soir à 38°

Les points ou l'essence a été injectée sont de plus en plus œdematiés et violacés, sauf à la cuisse gauche où la peau a conservé une couleur normale quoique soulevée par une légère induration.

9 Avril. — Tous les signes physiques ont disparu, des abcès fluctuants existent maintenant aux quatre membres.

10 Avril. — On ouvre l'abcès du bras droit, le plus volumineux des quatre et le plus proche de la lésion pulmonaire. Il en sort 3 à 400 gr., d'un pus bien lié, verdâtre et présentant l'odeur de la térébenthine; cette odeur est particulièrement accusée dans un paquet de tissu cellulaire sphacelé qui vient faire hernie entre les lèvres de l'incision et qu'on enlève comme un bourbillon. Le pus est recueilli au moyen de pipettes stérilisées

pour être soumis à un examen dont M. Netter veut bien se charger.

Pansement humide au bichlorure.

A la contre-visite, grand soulagement du malade, bras presque plus douloureux.

12 Avril. — Incision de l'abcès de la cuisse droite.

Au membre supérieur droit l'œdème existe encore, il semble même avoir augmenté au niveau de la main, néanmoins la douleur est réduite aujourd'hui à fort peu de chose.

Pour la première fois la journée s'écoule sans aucun mouvement fébrile. A dater du 8, la température tombait bien le matin au-dessous de 38°, mais le soir elle s'élevait de nouveau jusqu'à ce degré. Dorénavant le thermomètre oscillera irrégulièrement autour de 37°, sans jamais dépasser 37°4 ni tomber au-dessous de 36°8.

14 Avril. — Ouverture de l'abcès de la cuisse gauche, abcès bien moins douloureux au palper que les trois autres et qui, chose étrange, ne s'est jamais accompagné de chaleur ni de rougeur des téguments. Cette absence de réaction locale avait conduit d'abord à essayer une simple ponction aspiratoire. Mais, le trocart s'étant bouché, le bistouri a terminé la scène, en donnant issue à un pus de tous points comparable au pus des collections précédentes.

A partir de ce jour le malade peut être considéré comme virtuellement guéri. Les incisions se ferment rapidement, les points tuméfiés reviennent à l'état normal, bientôt il ne reste plus d'autres vestiges des abcès que quatre petites cicatrices, correspondant aux lignes d'incision. Les fonctions des membres s'accomplissent régulièrement; à dire vrai la pression pour la main gauche donne 60 au dynamomètre contre 45 pour la main droite, mais le patient, bien que droitier, a toujours eu paraît-il moins de force dans le membre supérieur droit que dans l'autre.

7 Mai. — X..., est envoyé à Vincennes pour parfaire sa guérison.

OBSERVATION XV

RENDU — *Bulletin et Mémoire de la Société de médecine des hôpitaux de Paris.*
Séance du 13 mai 1892

Homme de 60 ans, arrivant à l'hôpital au onzième jour de sa pneumonie et déjà cyanosé et sans pouls. Mort deux heures après l'injection qui ne produisit pas de réaction générale.

OBSERVATION XVI

RENDU. — *Bulletin et mémoire de la Société de médecine des hôpitaux de Paris.*
Séance du 13 Mai 1892.

Individu également âgé, entré à l'hôpital pour pneumonie.
Arrivé en état d'hypothermie, il resta dans le collapsus malgré l'injection de térébenthine et mourut dans la journée.

OBSERVATION XVII

RENDU — *Bulletin et Mémoire de la Société de médecine des hôpitaux de Paris.*
Séance du 13 Mai 1892.

Homme de 47 ans présentant une broncho-pneumonie surtout localisée au poumon droit; au septième jour ébauche de défervescence, puis rechute, aggravation de l'état général correspondant à une extension plus grande de l'hépatisation. Température entre 39° et 39°5. Au 13e jour menace d'asphyxie : cyanose, râles muqueux diffus mêlés au souffle, collapsus. On avait donné jusque là de la caféine et de l'acétate d'ammoniaque. A ce moment injection d'essence de térébenthine, aucune réaction : le malade succomba le lendemain, 20 heures après l'injection. A l'autopsie, on ne constata au niveau des régions injectées aucune trace de réaction locale.

OBSERVATION XVIII (Résumée).

OLIVIER. — *Normandie médicale* du 1er juin 1892.

Homme âgé de 54 ans, débile, entre à l'hôpital le 27 mars 1892.
A 17 ans fièvre typhoïde, à 52 ans grippe suivie de pneumonie.
25 Mars. — Malaise général.

26. — Frissons, point de côté gauche, toux, oppression, insomnie, soif, inappétence.

A son entrée à l'hôpital :

Pneumonie occupant les 2/3 du poumon gauche, souffle, râles crépitants, crachats sanguinolents.

Cœur sain, pas d'albumine dans l'urine. T. 39°6.

Les 28, 29, 30, 31, les lésions s'étendent de plus en plus en haut, en dehors et en avant, crachats les uns ambrés, les autres purulents. Temp. oscillant entre 39°2 et 39°6. Délire.

1er Avril. — Soir, T. 40°2. R. 64. P. 92, faible. Langue sèche.

2. — Matin, T. 40° Grande adynamie du malade.

4 Injections de térébenthine aux deux avant-bras et aux deux cuisses. Piqûre peu douloureuse.

Soir, T. 40°2. R. 60. P. 100.

3. — Matin, T. 38°6. R. 48. P. 88. Malade affaissé.

Soir. — T. 38°8. Le délire continue.

Au niveau des piqûres, tension de la peau, œdème de la main.

4. — T. 38°2. R. 44. P. 84.

5, soir. — T. 39°5.

6. — Examen d'une goutte de sang prise au médius gauche,

Angmentation considérable des globules blancs.

Les phlegmons s'étendent : bras droit 11[23 ; gauche : 17[16.

— — cuisse droite 11[17 ; gauche : 16[18.

Douleur vive à leur niveau : à la palpation, mollesse et élasticité de la région sans fluctuation. Peau rouge sombre avec, en quelques points, menaces de gangrène.

7. — Ouverture des deux phlegmons des avant-bras. Entre les lèvres de l'incision, qui mesure environ 5 centimètres, se présente une matière tremblotante, gélatiniforme, gris-jaunâtre, mélangée de sang et ayant quelque ressemblance avec des crachats purulents. Il faut presser de chaque côté de l'incision pour faire sortir le pus.

T. 38°8 le matin, 39°6 le soir.

8, — On recueille aseptiquement du pus des abcès non encore ouverts de la cuisse. M. Huc y constate du tissu cellulaire mortifié, et M. Lendit, 2 ou 3 microcoques par préparation, et, après ensemencement, des colonies de staphylocoques, probablement de staphylocoques pyogenes aureus.

9. — T. 39°8.

Les jours suivants, abaissement progressif de la température.

A partir du 13, retour à la normale.

Le 11, sur l'avant-bras gauche, à partir de l'incision, rougeur diffuse

qui gagne l'épaule, le tronc, se présentant sous forme de plaques plus ou moins étendues et, dans certains endroits, sous forme de papules rouge sombre ne s'effaçant pas complètement sous la pression, sans gonflement ganglionnaire ni douleur dans l'aisselle.

Eschare au siège qui est d'aillenrs guérie le 20 avril

14. — Disparition de l'erythème.

Le 13 et le 14, couleur olivâtre des urines.

Pansement au sublimé.

Cicatrisation complète le 23 avril.

L'amélioration s'accentue ensuite rapidement de jour en jour.

OBSERVATION XIX

Pneumcnie. — Injections d'essence de térébent6ine. — Guérison.

Lepine. — *Semaine médicale*, 1892

Homme de 36 ans, bien portant habituellement, pris de pneumon e le 16 janvier au matin, entre à l'hôpital le même jour.

17 janvier. — T. 40°2. Pouls rapide et faible. Matité, souffle, râles crépitants dans le tiers inférieur du poumon droit. Crachats visqueux, colorés un peu d'albuminurie. Les jours suivants, extension du processus à tout le poumon droit.

Le deuxième et le quatrième jours, digitaline cristallisée de Nativelle.

20. — T. au-dessus de 40°5, R. 80. Congestion intense du poumon gauche avec bronchite concomitante accusées par des râles sibilants et sous-crépitants.

Adynamie très prononcée. On fait une émission sanguine de 300 gr. environ suivie de 1 milligr. de digitaline. Léger abaissement de la température le lendemain matin et légère amélioration de la dyspnée.

21. — Pouls faible.

22. — T. au-dessous de 40°. R. 68. Pas d'amélioration de l'état général.

23, 24. 25. — L'état va empirant ; la température s'est bien abaissée, mais le malade délire. L'adynamie est extrême. Les crachats, visqueux jusqu'alors, deviennent franchement purulents. Bien qu'il n'y eût plus de souffle, et qu'on entendît de gros râles sous-crépitants, qu'il y eût diminution de la fièvre, l'état général témoignait qu'en fait il n'y avait pas de ré-

solution : en un mot, on était à la période d'hépatisation grise ou au moment d'y entrer.

Jusqu'au douzième jour, aucune amélioration, même la température s'élève de nouveau. Etat des plus graves.

27. — T. 39°1. Injection sous la peau des quatre membres, de 4 cent. cubes d'essence de térébenthine.

Soir. — T. 39°5. (Elévation de deux dizièmes).

28 matin. — Empâtement un peu douloureux, diffus aux points injectés. T. 38°7.

Soir. — T. 38°5.

Les jours suivants. l'empâtement phlegmoneux s'accentue. T. entre 38°5 et 39, due sans doute à la formation du pus.

2 février. — Incision des phlegmons. Chute de la température au-dessous de 38. et depuis, oscillation entre 37°4 et 37°8.

En même temps, l'hépatisation du poumon droit s'est progressivement résolue. Aujourd'hui la guérison est complète. l'état général excellent. Avant même l'ouverture des phlegmons, le malade mangeait, depuis, il a repris son poids normal.

OBSERVATION XX.

Broncho-pneumonie grippale. — Méningite cérébro-spinale. — Injections de térébenthine. Mort.

(due à l'obligeance du Dr Sabaîl, de Luz de St-Sauveur)

D..., 32 ans, homme superbe, bâti en athlète, arthritique, sans manifestation arthropathique, sans antécédents morbides personnels ou héréditaires, contracte l'influenza en décembre 1893.

Premier jour. — Frissons, courbature, lassitude générale, embarras gastrique. T. 38°2. P. 86.

Deuxième jour. — T. 39°. P. 100. Zône de submatité à droite dans les deux tiers supérieurs, à gauche dans le tiers supérieur avec souffle et râles bronchiques.

Troisième jour. — Broncho-pneumonie très nette, généralisée. On applique coup sur coup six larges vésicatoires. T. 39°8. P. 110.

Jusqu'au huitième jour, état stationnaire. Légers phénomènes de cystite, dus probablement à l'absorption cantharidienne. Cependant la bronchopneumonie s'étend avec une baisse thermométrique manifeste, 37·9.

Neuvième jour, dans la soirée, anurie complète. Le thermomètre monte subitement à 41°; pouls, 130°. Signes évidents de myocardite. Cephalée intense, délire furieux. Abolition des réflexes, parésie des membres inférieurs. La mort paraît imminente.

Appelé à ce moment en consultation, je diagnostique sans difficulté une méningite cérébro-spinale infectieuse caractérisée par les phénomènes suivants : Convulsions, raideur de la nuque et des muscles dorso-lombaires. Strabisme. Rétrécissement des pupilles. Paralysie des sphincters, céphalée atroce. On prescrit : Bains froids. Caféine. Acétanilide. Boissons abondantes. Mais sans résultat et sans rémission de la température.

C'est alors que je proposai les abcès par fixation comme ressource ultime. Six piqûres aux points d'élection n'amenèrent aucune réaction et la malade succomba le lendemain dans le coma.

OBSERVATION XXI

CHANTEMESSE et MARIE. *Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. des Hôpitaux de Paris.* 27 Mai 1892.

Homme de 67 ans, entré à l'Infirmerie de l'hospice des Ménages pour une bronchite à pneumocoques, bientôt compliquée d'une pleurésie double. Le 1er avril le malade est pris de pneumonie avec adynamie précoce et œdème des membres inférieurs.

Le 3 avril, la situation devient très grave, et on se décide à faire, dans le tissu cellulaire sous-cutané de chaque membre, une injection de un centimètre cube d'essence de térébenthine. Il y avait à ce moment 1,800 globules blancs par millimètre cube de sang.

Le soir, le malade n'accuse aucune douleur ni gonflement local. Même quantité de leucocytes dans le sang. Le lendemain, une seule des piqûres a amené une réaction locale avec rougeur diffuse et empâtement profond. L'état général a empiré. Même nombre de globules blancs. Mort à trois heures.

OBSERVATION XXII

(Chantemesse et Marie. *Ibidem*).

Homme de 70 ans, entré à l'Infirmerie des Ménages le 5 avril 1892. Pneumonie du sommet droit. T. 40°6.

5 et 6 avril. — Même état, 2,000 globules blancs par millimètre cube. Injection de un centimètre cube d'essence de térébenthine sous la peau de chaque membre. Le soir, pas de souffrances, même nombre de globules. T. 40°2 Une seule des piqûres présente un empâtement profond, sans chaleur ni rougeur.

Le 8 avril, réaction assez intense au niveau des piqûres des membres supérieurs. Rien aux inférieurs. T. 40°2.

Soir, 40°6. Même nombre de globules blancs. Mort dans la nuit.

OBSERVATION XXIII

(Chantemese et Marie. *Ibidem*).

Homme de 87 ans, entré à l'Infirmerie des Ménages le 10 avril. Pneumonie du lobe inférieur du poumon droit. T., soir, 39°8.

Le 12 avril, l'état s'aggrave. T. 40°. 1,3000 globules blancs dans le sang. Injection de un centimètre cube de térébenthine aux quatre membres. Douleur intense qui nécessite une injection de morphine. Le soir, 40°.

Le 13 avril, empâtement sans rougeur ni chaleur au niveau des piqûres. Palpation réveille douleur. Le malade est râlant. Globules blancs, 11.700. Mort le 14.

OBSERVATION XXIV

(Chantemesse et Marie. *Ibidem*).

Homme de 67 ans, entré à l'infirmerie des Ménages le 23 avril. Pneumonie du lobe inférieur du poumon gauche.

Température oscillant entre 40°5 et 38°2.

26. — Ictère, crachats verdâtres, subdélire.

27. — T., mat., 39°2. 30.000 globules blancs. Injection de deux centimètres cubes d'essence de térébenthine. Soir, 42°2. Même nombre de globules.

28. — Réaction locale et œdème rouge de la peau, sans grande douleur, T., matin, 38°2, soir, 39°8. Même nombre de globules.

29. — Mort à 8 heures du matin.

OBSERVATION XXV.

(Chantemesse et Marie. — *Ibidem*)

Homme de 79 ans, entré à l'infirmerie des Ménages le 1er mai. Pneumonie du lobe inférieur droit. T. 39°2. Soir 39°.

Les jours suivants l'état général s'aggrave, la température oscille autour de 40°

7 mai. — Etat grave, 40,000 globules blancs. Injection de quatre centimètres cubes d'essence de térébenthine. Soir, même état, même leucocytose. Mort dans la nuit.

OBSERVATION XXVI.

(Chantemesse et Marie. — *Ibidem*)

Homme de 67 ans, entré à l'Infirmerie des Ménages, le 4 mai. Pneumonie du lobe inférieur gauche. T. soir, 40°. Les jours suivants l'état s'aggrave. Température autour de 40°.

7 mai.— T. matin 40°2. 14,000 globules blancs. Injection d'un centimètre cube à chaque membre. Soir 40°

8, Réaction locale intense. T. 40°. Le bras gauche est très gonflé, rouge, œdémateux, douloureux. La numération des globules blancs faite plusieurs fois dans la journée donne 5,000· T. soir, 40°6.

9, grande agitation. incohérence de paroles. T. matin, 40°. Soir, 40°4. Globules blancs, 9,000. Mort dans la nuit.

OBSERVATION XXVII.

(Communiquée à MM. Chantemesse et Marie par M. Deny.— *Ibidem*)

Homme de 31 ans atteint d'une pneumonie lobaire du sommet droit. Délire alcoolique. Au septième jour la température devenant grave à cause du collapsus imminent, on fait, sous la peau des membres, deux injections avec un centimètre cube de térébenthine. Le soir, la température qui était le matin à 39° atteint 39°4. Peu de réaction au niveau des piqûres. Légère amélioration de l'état général. Le lendemain T. 39°6 le matin et 40°5 le soir, les phénomènes s'aggravent. La mort survient le dixième jour, quatre-vingt-deux heures après les piqûres.

OBSERVATION XXVIII.

(Chantemesse et Marie. — *Ibidem*)

Femme de 69 ans, vigoureuse. Fracture compliquée de la jambe gauche suivie d'une phlébite de la veine crurale gauche. Au bout de cinq semaines, sous l'influence d'efforts, embolies pulmonaires et fièvre irrégulière qui fait osciller la température entre 35°2 et 39°.

24 mars. Sous la peau des trois membres sains, on fait trois injections d'un centimètre cube d'essence de térébenthine. Un heure après surviennent des douleurs extrêmement intenses qui durent toute la journée et la nuit. Dès le lendemain la température s'élève à 39°4 et 40°. Réaction inflammatoire intense autour des piqûres; les jours suivants la température baisse régulièrement en faisant chaque jour entre les températures similaires du matin et du soir une chûte de deux à trois dixièmes de degré. A partir du 1er avril la température oscille entre 37°2 et 38°2.

11 avril, les régions, tuméfiées au niveau des piqûres, contiennent manifestement du pus fluctuant. Ponction laisse sortir du pus blanchâtre, très

épais, contenant globules blancs à proto-plasma volumineux complètement privé de germes.

16 avril. On vide les abcès par ponction et aspiration, on retire une grande quantité de pus. La malade est sans fièvre, mais elle est amaigrie et considérablement abattue. Elle tombe peu à peu dans le collapsus et succombe le 28 avril, après avoir présenté, dans les deux jours qui ont précédé la mort, une assez forte élévation de température. L'autopsie a montré, au niveau des piqûres, des collections purulentes assez volumineuses, à parois déchiquetées. Les reins et les poumons étaient congestionnés. Les lésions anatomiques ne donnaient pas une explication satisfaisante de l'état d'adynamie profonde où était tombée la malade.

OBSERVATION XXIX

Fièvre typhoïde grave. — Rechutes. — Abcès à la suite d'une piqûre de caféine. — Guérison.

(Due à l'obligeance du Dr Sabail, de Luz de St-Sauveur).

G..., 42 ans. Bonne santé habituelle, arthritique, pas d'antécédents morbides personnels ou héréditaires. Est atteint de fièvre typhoïde grave à la suite de surmenage physique et intellectuel en octobre 1894 ; complication de myocardite dès le début. Fièvre anormale caractérisée par la rémission de la température le soir, et une augmentation de un degré le matin.

Traitement. — Bains froids, boissons abondantes, caféine et strychnine en injections. Grandes irrigations intestinales. Lait et Champagne dédoublé. Guérison en quatre semaines. Convalescence franche.

9 jours après, rechute à la suite d'une fatigue intellectuelle. Même traitement général. Nouvelle guérison six semaines plus tard. Le malade a beaucoup maigri et son organisme est très affaibli par une aussi longue maladie.

Convalescence franche qui dura dix jours.

A ce moment M. G... change de chambre pour permettre la désinfection de celle qu'il a occupée. La nouvelle chambre est infectée par des water-closets contigus, sans fosse étanche, dans lesquels on a déversé les déjections du malade depuis le début de sa maladie.

Récidive au douzième jour de sa convalescence.

Les bains froids ne sont plus supportés. Syncopes fréquentes, signes manifestes de myocardite. Je remplace les bains froids par les linges mouillés et j'insiste surles injections d'éther, de caféine et de strychnine, en même temps que sur le lait et les boissons alcooliques, champagne, malaga, etc.

La temp. reste stationnaire à 39°8 et le pouls à 130 jusq'au 20e jour. M. G... maigrit à vue d'œil et il est facile de prévoir qu'il ne pourra pas faire les frais de cette 3e étape.

Subitemeut la température monte à 41° et je trouve, en cherchant la cause de cette ascension subite, un phlegmon de la hanche droite, occasionné par le grattage d'une piqûre hypodermique. Jusqu'au moment de la suppuration, 24 heures après, la temp. reste la même et l'état général est déplorable. Le phlegmon sous-cutané a envahi le tiers supérieur de la cuisse. Je cherche le point qui paraît le plus fluctuant, car la fluctuation était plus que douteuse, et j'incise largement,

Daas la soirée, la température tombe à 38°, le malade s'alimente, dort bien et urine abondamment. A partir de ce moment, M. G... s'achemine vers la convalescence qui se déclare deux semaines après, c'est-à-dire six jours après la guérison de ce vaste phlegmon.

M. G... est mort beaucoup plus tard, des conséquences de cette longue maladie, sans jamais avoir présenté une température au-dessus de 36°8 et sans localisation aucune d'une infection typhique.

OBSERNATION XXX.

Endocardite aiguë. — Abcès à la suite d'une piqûre de caféine. — Guérison.

Siredey. — *In. Bulletin et Mémoire de la Société médicale des Hôpitaux de Paris.*

M..., 58 ans, entré salle St-Pierre le 26 février 1892. Ancien rhumatisant, ancien typhoïdique et paludéen. Rétrécissement mitral à peu près pur (souffle présystolique et dédoublement du second bruit.). Un peu d'essoufflement et de faiblesse. Lait, digitale. Ces troubles disparaissent rapidement.

7 avril. — Vive oppression. Légère douleur aux bases des deux poumons, crachats sanguinolents, râles sous-crépitants fins aux deux bases, surtout à gauche et en arrière. Ventouses sèches. Digitale.

3. — Crachats plus franchement sanguinolents, visqueux, aérés. (Congestion pulmonaire). Submatité aux deux bases, râles sous-crépitants fins disséminés des deux côtés en bas et en arrière, mais avec prédominance du côté gauche, sans souffle. T. 39°2.

Battements cardiaques tumultueux, bruits anormaux peu distincts. Endocardite manifeste.

Ventouses scarifiées. Digitale. Todd.

12. — Du 8 au 12 aggravation manifeste. Depuis trois jours, temp. entre 39 et 39°6. Pouls entre 120 et 130, irrégularités, intermittences, bruits cardiaques sourds, souffles systoliques rudes à la base et à la pointe. On ne distingue plus de dédoublement.

Même congestion intense des deux poumons sans foyer pneumonique.

Foie gras et douloureux, débordant les fausses côtes, rate légèrement tuméfiée, teinte subictérique des conjonctives et de la muqueuse sublinguale, facies grippé, yeux enfoncés dans les orbites, narines pincées, langue rouge et un peu sèche. Constipation.

On ajoute au traitement des injections de caféine, lavement purgatif léger.

13. — Même état. Nouvelle injection de caféine. T. M. 39°3. S. 39°5.

14. — La faiblesse du malade augmente ainsi que l'oppression. Signes de congestion beaucoup plus accentués à gauche, râles sous-crépitants nombreux et fins, respiration soufflante, mais néanmoins pas de souffle tubaire véritable.

Bruits du cœur tumultueux, voilés, souffles rudes à la base et à la pointe, masquant les signes perçus précédemment.

Teinte subictérique plus accentuée.

Albumine dans les urines et pigment biliaire. Injection de caféine, cuisse gauche très douloureuse.

15 avril. — Léger abaissement de la temp. Oppression moindre, mêmes signes d'auscultation du côté du cœur et des poumons. Néanmoins le malade se sent moins faible et accuse une amélioration sensible.

A la face antéro-externe de la cuisse gauche, au point où a été faite la piqûre la veille, le malade se plaint d'une vive douleur et l'examen fait constater des plaques rougeâtres, vraisemblablement lymphangitiques sur lesquelles on applique un pansement antiseptique.

Du 16 au 18 la détente s'accentue. Amélioration rapide et notable dans les phénomènes généraux, la congestion pulmonaire diminue, les crachats ne sont plus sanguinolents, le foie et la rate ont diminué de volume, la physionomie devient moins anxieuse et le malade se sent beaucoup mieux,

quoique l'auscultation du cœur n'accuse pas de modifications bien sensibles.

T. M. 37°8. S. 37°2.

Du côté de la cuisse gauche au contraire, aggravation très sensible des phénomènes locaux. Empâtement très accentué de toute la région. Peau œdèmateuse, rouge.

20. — Le pus étant bien collecté, incision qui donne lieu à l'écoulement de 80 à 100 gr. d'un pus bien lié. Pansement iodoformé.

A partir de ce moment, amélioration très rapide. Disparition de l'albumine. Quelques jours plus tard, du 25 au 30 avril, on entend de nouveau les bruits de rétrécissement mitral, mais avec un léger souffle systolique à la pointe.

L'oppression a disparu et le malade recommence à manger, la température se maintient entre 37° et 37·5°

CHAPITRE III.

Analyse des observations.

Conséquences thérapeutiques et pronostiques de la méthode de Fochier.

Il nous reste maintenant à examiner, d'après les observations, quelle a été la marche : d'une part de la réaction produite par l'injection hypodermique et, d'autre part, des phénomènes morbides. Nous diviserons les observations en deux groupes : le premier comprenant les cas d'infection puerpérale, le second les cas dus à d'autres infections. Chaque groupe comprendra deux séries : l'une pour les cas terminés par la guérison, l'autre pour les cas terminés par la mort.

A. — *Infection puerpérale.*

Première série. — Dans les deux cas de M. Thierry la réaction inflammatoire s'est produite avec une grande rapidité.

Quelques heures après les injections, induration au niveau des piqûres; dès le lendemain, rougeur et tuméfaction très accentuées. Le 3e ou le 4e jour, les collections purulentes sont formées et incisées. De même dans les trois cas de M. Chambrelent, réaction très vive dès le lendemain et production d'abcès arrivant très rapidement à la fluctuation.

Dans les trois observations de M. Switalski la fluctuation a été beaucoup plus longue à s'établir, puisqu'elle n'a apparu qu'une quinzaine de jours ou trois semaines après les injections. Ici la douleur a toujours été très vive et prolongée.

Symptomes. — La température se maintient après les injections aussi élevée qu'avant, et cela jusqu'au moment de la fluctuation, puis la descente se fait graduellement. Dans l'observation VII on voit d'une façon très claire la température reparaître après la cessation des injections et disparaître de nouveau après la reprise de ces dernières.

Les autres symptômes généraux commencent à s'amender dès le lendemain des injections, mais la disparition n'est absolument complète, dans certains cas, qu'au moment où le pus est bien collecté. De même pour les symptômes locaux, en particulier pour la régression de l'utérus.

Deuxième série. — Dans les deux cas de M. Chambrelent, qui se sont terminés par la mort, la marche des phénomènes morbides n'a pas été entravée. Si, dans l'un de ces cas la malade a été guérie quant à son infection générale, elle n'a pas guéri de sa manie puerpérale et a dû être enfermée dans un asile d'aliénés.

Dans les deux cas la réaction produite par les piqûres a été absolument nulle.

B. — *Autres infections.*

Première série. — Dans les quatre cas de pneumonie dont

nous avons cru devoir rapporter tout au long les observations, il est facile de se rendre compte que, au moment où on se décida aux injections d'essence de térébenthine, l'état des malades était des plus précaires. D'un côté les phénomènes généraux : température autour de 40°, pouls oscillant entre 120 et 150, adynamie profonde, délire violent, et, d'un autre côté, les signes physiques et, en particulier, la nature purulente des crachats, indiquaient, d'une manière précise, que l'affection était entrée dans la période d'hépatisation grise, laissant par conséquent peu de chances de guérison. Faites à une autre période dans une maladie qui doit normalement guérir, les injections n'eussent eu d'ailleurs aucune signification.

La douleur produite par les injections paraît être très vive. Le début exact de la réaction n'a été noté dans aucun cas, mais, au moment où on commence à parler de la réaction, c'est-à-dire 6, 8, 12, 24 heures après les injections, elle est déjà très avancée. On trouve en effet, au niveau des points injectés, une douleur vive, un empâtement diffus ; dans certains cas même, le membre est œdematié dans son entier. Cela indique que la réaction était déjà commencée depuis longtemps, et M. Fochier paraît avoir raison en disant que c'est de une heure à six heures après les piqûres que se manifestent, à la vue, les premiers phénomènes inflammatoires.

Le moment de la fluctuation varie dans des proportions assez grandes puisque celle-ci est mentionnée une fois au 13e, deux fois au 5e et une fois au 7e jour. La rapidité plus ou moins grande avec laquelle se montrent les divers phénomènes qui suivent les injections tient, sans nul doute, à des conditions inhérentes à l'individu même ou au degré des lésions, conditions qui échappent à l'appréciation. Ce qu'il faut retenir c'est que, lorsque la réaction doit se produire, elle est rapide et parfois très violente si nous en jugeons par l'observation où

sont données les dimensions atteintes par les phlegmons : (11 centimètres sur 23, 17 sur 16, 11 sur 17, 16 sur 18) dès le 4e jour après les injections. Plusieurs fois on craignit du sphacèle qui du reste ne s'est jamais produit.

Le pus fourni par les abcès a été dans tous les cas du pus ordinaire, bien lié, sauf pour quelques-uns où le tissu cellulaire sphacélé sortit en masse par l'incision, ressemblant à un bourbillon de furoncle ou d'anthrax. Quant à la nature de ce pus au point de vue microbiologique, nous en parlerons dans le chapitre suivant.

Enfin les phlegmons ainsi provoqués ont toujours parfaitement guéri.

Symptômes. — En aucun cas la température n'a été augmentée, quelquefois au contraire elle a été abaissée presque immédiatement après l'injection, mais, dans tous les cas, cet abaissement se produit dès le lendemain ou le surlendemain, et l'on voit le pouls, la respiration, l'adynamie, le délire, suivre l'amélioration de la température.

Pour les lésions locales on fait une constatation analogue : les signes physiques disparaissent parallélement aux phénomènes généraux.

Dans l'observation de Siredey, où l'abcès fut provoqué involontairement et où il s'agissait d'Endocardite aiguë avec double congestion pulmonaire, il y a également coïncidence de la production de l'abcés et de l'amendement des phénomènes si alarmants constatés jusqu'alors. Dès le lendemain de l'inspection, les troubles cardiaques et pulmonaires s'améliorent, trois jours après la température est à la normale, les signes stethoscopiques des lésions aiguës ont disparu tandis que réapparaissent ceux de la lésion ancienne masqués ou effacés par les premières. Et dix jours après guérison parfaite.

Enfin, dans l'observation de fièvre typhoïde relatée par le docteur Sabail, l'amélioration de l'état général et le retour à la santé sont survenus graduellement à partir de la formation et de l'extension du phlegmon.

En un mot, il paraît ressortir clairement des six observations qui précèdent que le succès a été réellement dû aux abcès provoqués volontairement dans les quatre premiers cas, involontairement dans les deux autres. C'est d'ailleurs l'avis des auteurs donton ne saurait contester la haute expérience périence en pareille matière.

Deuxième Série.— Dans les trois cas de Rendu aucune amélioration : les malades sont dans le collapsus et y restent, ils meurent quelques heures seulement après les injections.

Réaction inflammatoire nulle des piqûres.

De méme pour l'observation de méningite cerebro-spinale rapportée par le docteur Sabail.

Passons aux huit observations de MM. Chantemesse et Marie.

Si l'on excepte l'observation communiquée par M. Deny, on voit que les autres malades avaient une moyenne de 74 ans. Quant au malade de M. Deny, il est très important de faire remarquer que c'était un alcoolique, et il n'est peut-être pas exagéré d'avancer que le malade est plutôt mort de son alcoolisme que de sa pneumonie.

Tous les malades de MM. Chantemesse et Marie sont morts dans les 48 heures après les piqûres, sauf un qui a survécu 3 jours 1/2 et un autre 34 jours,

La réaction produite dans tous les cas n'a jamais été très intense; tantôt elle s'est produite, légère, au niveau d'une ou deux piqûres seulement. Uue seule fois elle a été très intense et c'est dans ce cas que le malade a survécu 34 jours.

Symptomes.— La fièvre a paru s'élever dans tous les cas

après les injections. Les phénomènes généraux pas plus que les signes locaux n'ont été améliorés; sauf cependant chez la malade atteinte de fracture compliquée de la jambe.

Le nombre des globules blancs n'a été que rarement augmenté, et, dans ce cas très légèrement; le plus souvent il est resté stationnaire ou a diminué.

En résumé nous avons une série de cas dans lesquels les malades ont guéri, une autre dans lesquels ils sont morts. Les résultats de la seconde infirment-ils ceux de la première?

Les observations de Rendu ne doivent pas, de l'avis de l'auteur lui-même, être considérées comme devant intervenir dans le débat, les malades qui en font le sujet ayant été injectés alors qu'ils étaient déjà dans le collapsus.

Mais en est-il de même de ceux de MM. Chantemesse et Marie?

Sans aller prétendre, comme le fit M. Laverau, lors de la discussion de la question à la Société de Médecine, que ces observations ne prouvent qu'une chose, à savoir la grande gravité de la pneumonie des vieillards, il nous semble pourtant que les malades dont il s'agit étaient dans de telles conditions que leur mort ne doit pas faire oublier les guérisons obtenues par la méthode et que nous avons signalées. Tout au plus doivent-elles faire faire quelques réserves et engager les auteurs à faire de nouvelles expériences

Au contraire, il nous semble découler de l'étude de la première série d'observations que, dans tous les cas, la guérison à bien été due aux injections d'essence de térébenthine, ou plutôt aux abcès provoqués pas elle.

Nous ne voyons guère qu'une objection qui puisse être faite à cette manière de voir, c'est la suivante : au moment où on a pratiqué les injections, la maladie n'était-elle pas sur le point de guérir d'elle-même ou grâce aux moyens employés jusqu'alors; et la haute température qui existait à ce moment, n'était elle pas une ascension précritique?

Il est difficile de répondre catégoriquement à cette objection. Il faut faire remarquer néanmoins la bizarrerie d'une coïncidence aussi souvent répétée du moment des injections et de la période critique. De plus, et surtout nous croyons que l'état général, tel qu'il est décrit dans les observations, ne laisse pas de place au doute et que les malades étaient bien réellement dans un état désespéré. Nous dirons encore qu'une pareille objection pourrait avoir une grande importance si nous avions eu affaire à des pneumonies ordinaires devant guérir toutes seules, et non à des pneumonies suppurées, presque toujours mortelles. Enfin nous ajouterons que cette objection ne saurait être faite aux cas d'infection puerpérale, celle-ci n'étant pas, comme la pneumonie, une maladie cyclique dont on doive attendre la régression à un moment bien déterminé. Or, dans les deux observations rapportées par M. Thierry, la guérison a bien été due certainement à la méthode employée. Le doute subsisterait, si comme chez les malades de M. Chambrelent, la substance irritante employée pour provoquer les phlegmons avait été le chlorydrate de quinine. On peut se demander en effet si les malades de M. Chambrelent n'ont pas dû leur guérison à la quinine. On sait que ce médicament a une action beaucoup plus certaine par la voix hypodermique que par la voie stomacale. C'est là une objection qui serait très sérieuse si ces observations n'étaient pas appuyées par celles de M. Thierry que nous avons citées, par celles de Switalski et par les faits analogues observés par M. Fochier.

Pour nous, il nous semble bien établi que la méthode de M. Fochier est susceptible de rendre de grands services dans des cas d'infection grave, et que, dans tous les cas, les résultats que nous avons consignés, méritent d'attirer l'attention.

C'est d'ailleurs là l'opinion de MM. Dieulafoy, Gingeot, Olivier, Lépine, dont nous avons rapporté les observations.

En résumé, dit Dieulafoy, après avoir communiqué son observation, double localisation broncho-pulmonaire d'origine grippale à forme ataxo-adynamique et arrivant à la période de suppuration; cette malade, dont l'état semblait désespéré, s'est rapidement améliorée et a guéri, sous l'influence de quatre phlegmons absolument amicrobiens déterminés par les injections d'essence de térébenthine.

Gingeot, en rappelant toutes les réserves que l'on doit faire, en thérapeutique, dans une maladie comme la pneumonie, se demande si la guérison de son malade a bien été due aux phlegmons provoqués par les injections. Cependant il incline à croire que la défervescence qui s'est produite au neuvième jour était « une de ces défervescences fausses qui précèdent l'hyperthermie avant-coureuse de la mort », et cela à cause de l'aggravation marquée qui suivit de l'état général et de la lenteur de la défervescence vraie qui dura 16 jours et qui commença aussitôt les injections.

Olivier déclare que son malade lui semblait condamné. C'est dire qu'il est convaincu de l'efficacité, dans la circonstance, de la thérapeutique employée.

Lépine fait suivre son observation de ces paroles qui n'ont pas besoin de commentaires. « Je suis convaincu pour ma part que, dans ce cas, la formation d'abcès sous-cutanés a sauvé le malade, mais je n'ose encore compter que ce sera la règle. Ce serait trop beau. »

Siredey enfin, sans être aussi affirmatif, ne peut s'empêcher d'appuyer sur la coïncidence de la formation d'un abcès et de la marche des phénomènes vers la guérison.

De tous les faits qui précèdent nous nous croyons donc autorisés à conclure à l'efficacité des abcès provoqués par les

injections d'essence de térébenthine dans les cas d'infection grave.

Mais il est un autre fait, sur lequel nous n'insisterons pas beaucoup, parce qu'il nous paraîtressortir nettement des observations; nous voulons parler de l'indication précieuse fournie par les résultats des injections au point de vue pronostique.

Dans tous les cas de guérison nous avons vu survenir des réactions intenses aux points injectés; dans tous les cas de mort, au contraire, cette réaction a été ou nulle ou trés peu accusée. Des huit malades de Chantemesse et Marie, un seul a résisté 34 jours, et c'est le seul chez lequel les piqûres aient produit une réaction inflammatoire très vive.

Aussi nous croyons-nous en droit d'en conclure que si une réaction locale intense ne peut pas être considérée comme un gage certain de guérison, l'absence de toute réaction doit être regardée au contraire comme du plus funeste augure. On pourrait dire des abcès de fixation ce que dit du séton Bouley, cité par Reynaud, en parlant de la médication révulsive dans la médecine vétérinaire. « Il y aurait même ceci de particu-» lier que, dans certaines maladies aiguës, comme dans la » pneumonie aiguë du cheval par exemple, le séton donnerait » pour ainsi dire la mesure de son utilité et fournirait par là » une précieuse indication pronostique. Il résulte en effet de » l'expérience que, si l'inflammation est simple, il se forme en » quelques heures, autour du fil introduit sous les tissus, une » tumeur phlegmoneuse de bonne nature, qu'au contraire on » n'observe aucune réaction quand l'animal doit succomber. »

Telles sont les déductions thérapeutique et pronostique que nous croyons pouvoir tirer de l'étude des observations. Loin de nous la pensée de faire de la méthode des abcès de fixation une thérapeutique universelle à appliquer d'emblée dans tous

les cas d'infection quels qu'ils soient. Il est évident au contraire que c'est une méthode extrême qui convient seulement aux cas d'une haute gravité. Qu'on ait affaire à une infection puerpérale, à une pneumonie, à une fièvre typhoïde, etc., il faudra d'abord essayer les traitements qui réussissent habituellement ; ce n'est qu'en cas d'échec de ceux-ci qu'on aura recours aux abcès de fixation.

La méthode est des plus simples à appliquer, nous n'y insisterons pas. On injecte l'essence de térébenthine avec une seringue de Pravaz ordinaire. On peut injecter 2, 3, 4 grammes à la fois. On peut aussi ne les faire que successivement au fur et à mesure des besoins. On les fera de préférence aux membres : au niveau de l'empreinte deltoïdienne pour le membre supérieur; à la racine de la cuisse, dans le sillon rétro-trochantérien, pour le membre inférieur.

Il ne faut pas se décourager si les phénomènes généraux et les signes locaux persistent quelque temps encore après les injections. Au contraire, si l'amélioration se fait attendre, on ne doit pas craindre de renouveler les injections et de ne les cesser que lorsque la convalescence est franchement établie. Thierry n'a jamais injecté plus de 10 grammes de térébenthine. Mais on pourrait, sans inconvénient, aller jusqu'à une dose plus forte, la térébenthine ne paraissant pas être facilement absorbée.

Il n'est pas utile, comme le pensait Fochier, de retarder le plus possible le moment de l'ouverture des abcès ; il faut au contraire les inciser aussitôt que le pus est nettement formé, l'action des injections paraissant se produire pendant la réaction inflammatoire qui est terminée lorsque la suppuration est bien établie.

Il est non seulement inutile, mais dangereux, de ne pas prendre, comme le préconisait Thierry, les précautions anti-

septiques d'usage tant pour les piqûres que pour le pansement. L'action de la méthode n'est pas due, en effet, à la nature septique du pus, puisque celui-ci est ordinairement amicrobien.

CHAPITRE IV.

Si les phlegmons provoqués par les injections d'essence de térébenthine ont réellement, dans certains cas, une action thérapeutique, quel est le mécanisme de cette action :

Lorsque Dieulafoy eut communiqué son observation à la Société de médecine des hôpitaux de Paris, M. Chantemesse qui connaissait déjà par une communication orale les résultats de cette observation émit immédiatement deux hypothèses.

1° Ou bien l'abcès ainsi provoqué débarrassait l'organisme des agents infectieux qui l'envahissaient en les agglomérant dans son sein, d'où le nom d'abcès de fixation que leur donnerait avec raison M. Fochier ;

2e Ou bien l'abcès agirait en provoquant une leucocytose considérable. Leucocytose et phagocytose étant deux termes inséparables, ce serait aux nouveaux globules blancs, troupes fraîches lancées au secours des anciens succombant sous le nombre, que reviendrait le mérite de la victoire.

La pathologie expérimentale pouvait à priori faire concevoir la réalité de la première hypothèse. Il est de règle en effet, lorsqu'il se forme une collection purulente en un point

quelconque du corps, de voir les germes infectieux de l'organisme s'y donner rendez-vous, s'y fixer et y pulluler. Et, à l'appui de cette théorie, Netter cite trois observations dans chacune desquelles un abcès fut déterminé involontairement, par une piqûre de caféine, chez des malades atteints de pneumonie. L'examen du pus de ces abcès y démontra la présence de pneumocoques en grand nombre. Les collections purulentes ainsi provoquées avaient donc été un point d'appel pour les pneumocoques qui infectaient le poumon.

Au contraire, l'examen du pus des abcès provoqués par l'essence de térébenthine, dans tous les cas où il a été fait, a prouvé l'absence absolue non seulement de pneumocoques, mais presque de tout germe pyogène. Dans l'observation de Dieulafoy une seule culture donna du staphylococcus albus, encore cette culture fut-elle faite non avec du pus véritable, mais avec la sérosité louche d'une phlyctène. Dans l'observation de Gingeot on trouva, dans une culture, quelques rares microbes sans caractères propres, mais aucun agent pyogène. Dans le cas d'Olivier, on trouva dans les abcès ouverts les derniers du staphylococcus aureus, mais ceux-ci, d'après l'auteur, pouvaient provenir soit des abcès des membres supérieurs ouverts antérieurement, soit de l'injection elle-même, l'aiguille n'ayant pas été désinfectée. Dans un seul cas d'infection puerpérale (Obs. VII), les cultures révélèrent des colonies de streptocoques.

En un mot, l'examen du pus des phlegmons ainsi provoqués confirmait les affirmations de Janowsky, de Grawitz, de Steinhaus, de Nubler, de Lemière, etc., à savoir que l'essence de térébenthine provoque des abcès amicrobiens.

Donc la première hypothèse nous semble devoir être écar-

téé (1). A moins cependant d'admettre que, la térébenthine étant aseptique, les microbes sont détruits au fur et à mesure qu'ils arrivent dans l'abcès. Mais rien n'autorise à faire cette supposition, rien ne nous autorise à croire, en l'absence d'expériences faites à ce sujet, que le pneumocoque ne puisse pas vivre dans un pareil milieu. Cela d'autant moins qu'il résulte des recherches de Straus de Christinas que, dans ces mêmes abcès, on peut trouver des staphylocoques pyogènes vivants et virulents.

Si les abcès provoqués par l'essence de térébenthine ne contiennent pas les microbes de la lésion contre laquelle ils sont dirigés, nous pouvons en conclure immédiatement que : 1° ils ne sont pas assimilables aux abcès critiques des auteurs qui, eux, foisonnent de germes;

2° Ils ne méritent pas le nom d'abcès de fixation que leur donne Fochier.

Reste la seconde hypothèse. On ne pouvait songer à la contrôler au moyen des observations communiquées jusque-là, puisque la numération des globules blancs n'avait jamais été faite. Dans un cas seulement, celui d'Olivier, on trouve cette numération après les injections d'essence de térébenthine, et il est dit que le nombre des globules blancs était très augmenté. Mais, comme le fait remarquer l'auteur lui-même, cela ne prouve rien, puisque la numération n'avait pas été faite avant les injections.

Aussi Chantemesse et Marie entreprirent-ils des recherches cliniques et expérimentales qu'ils communiquèrent ensuite à la Société de Médecine. C'est lors de cette communication que

---

(1) Nous faisons quelques réserves à cause du fait positif de M. Chambrelent (Obs. VII) qui est malheureusement isolé.

furent citées les huit observations que nous avons rapportées plus haut.

En outre, ils firent les expériences suivantes :

I. Injection d'essence de térébenthine sur des lapins sains.

A. *Injection de un centimètre cube à sept animaux.*

Le lendemain, temp. de 41°5 à 42° qui dure cinq ou six jours. Les deux jours qui suivent l'injection, diminution du nombre des leucocytes à mesure que se prononce la réaction. De plus, les leucocytes à grand protoplasma diminuent et sont remplacés par des lymphocytes. Les leucocytes à protoplasma volumineux se retrouvent dans la tuméfaction produite par l'injection.

Au bout de trois jours, retour à la normale du nombre des globules blancs. Exceptionnellement le dépasse un peu.

B. *Injection de deux centimètres cubes.*

Mêmes effets. Mort au bout de dix jours.

II. Injections a des lapins infectés expérimentalement par le pneumocoque.

Six animaux mis en expérience par série de deux.

Après avoir pris la température et compté le nombre des globules blancs, on injecte à tous les lapins une même dose de pneumocoque de virulence moyenne. Au bout de deux jours, dès que la fièvre était manifestement établie et le nombre des leucocytes du sang augmenté, on injectait à un des lapins de la série un centimètre cube, ou bien un demi, ou bien encore un quart de centimètre cube d'essence de térébenthine. Dans tous les cas, au bout de vingt-quatre heures, le lapin qui avait reçu la térébenthine présentait une température plus élevée de un ou

demi degré que son camarade d'expérience ; il présentait aussi une diminution des globules blancs du sang et il est toujours mort avant le témoin. Une fois, le témoin seul a résisté, l'animal traité par l'essence de térébenthine étant mort.

III. Injection a des lapins infectés expérimentalement par le streptocope.

Quatre animaux sont mis en expérience. Recevant la même dose de streptocoque, deux étaient traités par l'essence de térébenthine tandis que deux restaient comme témoins.

Les mêmes phénomènes que précédemment ont été observés. A la suite de l'injection de un centimètre-cube d'essence de térébenthine la fièvre s'est élevée, de un à un demi degré plus forte chez les lapins traités; ceux qui ont reçu la substance médicamenteuse ont toujours succombé avant les témoins.

Nous avons fait dans le précédent chapitre quelques réserves au point de vue de l'appréciation thérapeutique de la méthode.

Mais, au point de vue du mécanisme de l'action thérapeutique si elle existe, il nous semble que nous devons retenir le fait qui ressort nettement des faits cliniques et expérimentaux présentés par MM. Chantemesse et Marie. Ce fait est l'état stationnaire ou même la diminution du nombre des globules blancs chez les hommes et les animaux injectés.

Peut-être conviendrait-il de ne pas se prononcer définitivement sur ce sujet avant d'avoir étudié ce qui se passe chez les individus soumis à cette thérapeutique et qui guérissent.

Quoiqu'il en soit, jusqu'à présent, nous sommes en droit, en nous appuyant sur les expériences de Chantemesse et Marie de conclure que la seconde hypothèse ne peut expliquer l'ac-

tion thérapeutique des abcès provoqués par l'essence de térébenthine.

Nous n'admettrons pas non plus, jusqu'à plus ample informé, l'opinion suivant laquelle la térébenthine agirait en fournissant aux humeurs une certaine dose de substance antiseptique, ni l'hypothèse d'après laquelle il se produirait, autour des foyers purulents provoqués, des produits solubles qui vaccineraient l'organisme (Fochier).

La question reste donc entière. Comment agissent ces abcès? En l'absence de tout fait précis capable de donner l'explication de cette action, nous nous voyons, à notre grande confusion, obligé d'avoir recours à une vieille théorie bien battue en brèche de nos jours, nous voulons parler de la révulsion ou, mieux, de la dérivation.

On a beaucoup abusé de la révulsion dont l'utilité peut être certainement contestable en beaucoup de circonstances, mais on ne saurait passer sans exagération d'un extrême à l'autre. Il y a des faits de révulsion naturelle qu'on ne peut nier. Nous ne voulons pas parler seulement de ces manifestations d'une même diathèse alternant les unes avec les autres comme les poussées catarrhales et les poussées cutanées ou articulaires chez les arthriques. Nous ne voulons pas parler seulement de ces cas nombreux où l'on voit une affection aiguë, en pleine période d'état, être atténuée ou disparaître par l'apparition d'une autre maladie, qui semblerait jouer ici le rôle que joue en chimie un acide fort vis à vis d'un acide faible.

Si l'on accepte la définition que donne Raynaud de la révulsion (cessation d'une action morbide dans une partie de l'organisme par la seule production d'une autre action morbide dans une autre partie) on ne peut douter qu'il y ait réellement révulsion quand on voit une pneumonie jugée par une dysen-

terie intercurrente, ou bien une infection puerpérale jugée par une pneumonie.

Pourquoi une suppuration abondante, éclatant tout à coup dans l'organisme, comme celle des vastes abcès provoqués par l'essence de térébenthine, n'aurait-elle pas une action favorable sur l'état morbide de l'individu ?

Autrefois, avant les progrès de l'antisepsie, l'envahissement de l'organisme par la septicémie était annoncé par le changement qui se produisait dans l'aspect des bourgeons charnus de la plaie opératoire. On voyait en effet ces bourgeons pâlir, se flétrir, et la suppuration se tarir.

On a maintes fois observé une relation, chez des tuberculeux porteurs d'une fistule à l'anus, entre la guérison de cette fistule et l'aggravation de la lésion pulmonaire, si bien que beaucoup de chirurgiens renoncent à opérer les fistules à l'anus des phtisiques.

L'expérience suivante de d'Arcet vient encore plaider en faveur de la théorie de la révulsion.

Il établit quatre sétons à la région lombaire. Quand la suppuration est bien établie, il détermine la quantité de pus écoulé par les plaies pendant deux heures : il trouve qu'elle est de 1 gr. 60; il détermine ensuite cette quantité dans le même laps de temps, après avoir au préalable fait en un autre point une injection d'or à forte dose, ou une injection putride. Lorsque cette injection a donné lieu à un abcès, il trouve que les sétons fournissent une quantité de pus de moitié moindre. Il y a donc eu révulsion active.

Loin de nous l'idée de revenir de cinquante ans en arrière aux plus beaux jours de la révulsion à outrance. Nous savons bien que lorsque, dans une pneumonie par exemple, on applique, au moins à la période d'hépatisation, un vésicatoire, il ne saurait y avoir d'action produite sur la lésion elle-même,

le vésicatoire ne fera pas disparaître l'hépatisation. Mais il nous semble que, à la lésion principale, non justiciable de la révulsion, il vient s'en ajouter forcément une autre lésion, conjective celle-là, et justiciable de la révulsion. Lorsqu'un bloc pulmonaire vient à être supprimé brusquement, que se passe-t-il ? En vertu de la loi de suppléance l'autre poumon va, faisant ainsi double besogne, essayer de remédier, dans la mesure du possible par une respiration plus fréquente, à la diminution du champ de l'hématose. Cette suppléance est nettement établie par l'auscultation qui révèle, dans le poumon sain, une respiration puérile, indice de l'effort que fait celui-ci pour maintenir l'équilibre.

Ce travail subitement exagéré n'est pas sans amener une certaine congestion dans les parties voisines de celle envahie par la pneumonie. C'est cette congestion active que l'on doit essayer d'empêcher ou de modérer, pour donner à la lésion première le temps d'évoluer, car elle peut créer un danger nouveau : c'est sur elle qu'agira la révulsion.

On pourra objecter, comme le fait Tarnier : Mais alors un vésicatoire, un séton fera le même effet.

A cela nous répondrons que si le vésicatoire, si le séton ne produisent pas d'effet, c'est que ce ne sont pas des agents assez énergiques. Nous ne voyons pas bien la possibilité de faire une comparaison, au sujet de l'effet produit, entre un vésicatoire si large qu'il soit, ou un séton si long et si profond qu'il soit, et les vastes phlegmons auxquels donnent lieu les injections d'essence de térébenthine.

Au surplus, le vésicatoire a d'autres inconvénients qu'il est inutile de rappeler, et ce sont eux surtout qui l'on fait abandonner de plus en plus.

Mais si l'on n'a plus guère recours au vésicatoire, on use

largement de l'application de ventouses. Or quels effets produisent les ventouses sinon, des effets de révulsion?

En fait, la révulsion est employée encore bien souvent avec quelques bons résultats. Et c'est à elle que, en l'absence de toute autre explication plausible, nous rapporterons le mérite du succès de la méthode de M. Fochier.

CONCLUSIONS

I. — La provocation des phlegmons artificiels paraît avoir rendu de sérieux services dans des cas d'infection grave, en particulier dans l'infection puerpérale et dans la pneumonie suppurée.

II. — Cette thérapeutique peut donner de précieuses indications au point de vue pronostique.

III. — La meilleure substance à employer pour la provocation de ces abcès est, jusqu'ici, l'essence de térébenthine.

IV. — Les phlegmons ainsi provoqués par l'essence de térébenthine paraissent amicrobiens.

V. — Ils n'agiraient donc pas en fixant les germes infectieux.

Par suite :

1° Ils ne seraient pas comparables aux abcès dits abcès critiques.

2° Ils ne mériteraient pas le nom d'abcès de fixation que leur donne M. Fochier.

VI. — Ils n'agiraient pas non plus en augmentant la Leucocytose et par suite la phagocytose.

VII. — Leur action, si elle est réelle, paraît devoir être rapportée à la révulsion.

VIII. — Ils mériteraient donc plutôt le nom d'abcès de dérivation que leur donne M. Dieulafoy.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

Vu bon a imprimer :
Le Président de la thèse,
Dr MOUSSOUS

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 13 Mars 1896.
Le Recteur,
A. COUAT.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

CANTEL. — *Bulletin général de Thérapeutique*, 1867.

CHAUTEMESSE et MARIE. — *Bulletin de la Société de médecine des hopitaux de Paris*, 1892.

DIEULAFOY. — *Bulletin de la Société de médecine des hopitaux de Paris*. 1892.

FCCHIER. — *Bullettin de l'Académie de médecine*, 1892.

— *Lyon médical*, 1891.

— Sociétc obstétricale de France, comptes rendus 1892.

GINGEOT. — *Bnlletin de la Société de médecine des hopitaux de Paris*, 1892.

GIRAUD. — Thèse de Paris, 1875.

HIRIGOYEN. — Comptes-rendus du service d'Isolement de Pélegrin. (1889-94). *Journal de Bordeaux*, 29 septembre 1895s

LÉPINE. — *Semaine médicale*, 1892.

MÉTIVIER. — Aperçu sur la nature de la fièvre puerpérale, Thèse de Paris, 1860.

NETTER. — *Bulletin de la Société de médecine des professeurs de Paris*, 1892.

OLIVIER. — *Normandie médicale*, 1892.

RAYNAUD. — Thèse d'agrégation, Paris.

SENTEX. — Thèse Paris, 1880.

SIREDEY. — *Bulletin de la Société de médecine des hopiiaux de Paris*, 1892.

SWITALSTRI. — Thérapeut-Wolcheusch, 1895, cité dans la *Médecine Moderne* du 7 octobre 1895.

THIERRY. — *Normandie Médicale*, 1892.